

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N^o

474

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

présentée par

Robert LOUGNON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Moulins (Allier)

le 15 août 1891

LES COLITES AMIBIENNES CHRONIQUES MÉCONNUES

Président : VAQUEZ

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551823_0053

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

présentée par

Robert LOUGNON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Moulins (Allier)

le 15 août 1891

LES COLITES AMIBIENNES CHRONIQUES MÉCONNUES

Président : VAQUEZ

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMJERRE . . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
RIBIERBE	Pathologie médicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
	Anatomie.
	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

	Physiologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . .	Histologie.
MM.	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LOEPER	Clinique médicale.
Laignel-Lavastine .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale in- fantile.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR CYR LOUGNON

CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX DE MOULINS

*Guide affectueux auquel je suis
heureux de témoigner ici toute
ma reconnaissance.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VAQUEZ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Mon premier maître dans les hôpitaux dont l'enseignement si clair et si vivant exerça une influence profonde sur mes études médicales et dont je conserve un souvenir reconnaissant.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

1919-20 M. LE DOCTEUR LAUNAY

1920-21 M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

1921-22 M. LE DOCTEUR LESNE

M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ

1922-23 M. LE DOCTEUR MARION

1923-24 M. LE DOCTEUR RIST.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES DOCTEURS: AMEUILLE, DONZELOT,

LECONTE (in memoriam), MÉDECINS DES HÔPITAUX;

CHIFFOLIAU, ROUX-BERGER,

CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

MM. LES DOCTEURS: BRISSAUD, CARRIE,

COULAUD, GASTON DURAND.

Meis et Amicis.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ED. ENRIQUEZ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

Grâce à ses précieux conseils, à ses encouragements et à l'accueil qu'il ne cessa de me réserver dans son service, j'ai pu réunir les éléments de ce travail et effectuer les recherches qu'il comportait. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Je ne saurais oublier l'aide précieuse que m'a donnée le Docteur GASTON DURAND; je l'en remercie bien sincèrement.

INTRODUCTION

Si la dysenterie amibienne est encore dans certaines contrées telle que nous la trouvons décrite dans les auteurs classiques, il s'en faut qu'elle présente toujours, en France principalement, cette unité clinique dont le syndrome dysentérique est la signature.

Deux faits sont venus modifier nos conceptions à cet égard : la guerre, en multipliant les contacts entre les différents peuples, a propagé l'infection qui s'est développée en Europe et peu à peu s'est constituée une affection autochtone à la physionomie bien particulière ; en outre, des examens de laboratoire plus répétés et plus précis ont permis d'imputer à l'actif de l'amibe dysentérique un nombre de plus en plus grand d'affections organiques dont la nature était jusque-là méconnue.

Ainsi, après les faits de dysenterie amibienne dans les pays tempérés, décrits successivement avant la guerre et relativement rares, puisqu'en 1914 Landouzy et Debray ne purent en relever que 14 cas, pendant la guerre, l'infection réalisant la prédiction du Professeur Chauffard prenait une extension de plus en plus grande telle que sur le front français 20 % des soldats atteints de troubles gastro-intestinaux sont reconnus être amibiens et que parmi les anciens coloniaux le pourcentage atteint 25 %.

On signale alors de différents points du front français des troubles intestinaux variés englobés sous la

dénomination de « diarrhée des tranchées » et qui sont déjà des formes anormales de l'infection amibienne. Successivement Ravaut, puis Roussel, Brulé, Barrat et Marie ; Ratery et Fourniols observent des cas de dysenterie amibienne autochtone pure ou associée à d'autres parasites. A l'intérieur Job et Orticoni constatent des cas analogues.

Puis, toute une série de troubles dysentériques révèlent leur nature amibienne par l'apparition d'une complication fréquente : l'abcès du foie. Tels sont les faits très nets publiés par Rist, puis par Cade et Vaucher ; Rives et Huet.

Ainsi, à côté du syndrome dysentérique typique que nous nous attendions à trouver exclusivement, nous observions avec une fréquence de plus en plus grande des « formes camouflées » par des associations parasitaires et des formes qui seraient restées « méconnues » sans l'apparition d'une complication vraiment symptomatique. Si bien que Ravaut entrevoyant déjà le protéisme de ces formes proposait de remplacer le terme de « dysenterie amibienne » par celui « d'amibiase intestinale » prévoyant ainsi que l'affection allait chez nous se développer comme une maladie générale à « localisation élective recto-colique ». En effet, pendant et depuis la guerre, les travaux se sont multipliés concernant l'amibiase autochtone. Marcel Bloch décrit une forme d'amibiase suraiguë ; Flandin la recto-colite sèche amibienne ; Françon l'hépatite amibienne ; Mattéi l'insuffisance rénale chez les dysentériques et Dujarric de la Rivière rapporte des faits d'insuffisance surrénale. Charpin, dans sa thèse, insiste sur le protéisme de l'affection et décrit des for-

mes gastriques, appendiculaires, pseudo-tuberculeuses. Il montre que l'amibiase peut simuler toute sorte d'affections: pyélonéphrite, coliques hépatiques, prostatite, et avec Ravaut cite plusieurs observations de ces formes anormales et méconnues de l'amibiase.

Cette conception de maladie générale a été vérifiée et étendue par les travaux récents et les observations de plus en plus fréquentes d'amibiase pulmonaire rapportées par Lăutmann, P. E. Weil et Lamy; Brulé et Hillemand; d'amibiase rénale ou vésicale de Mme Panayotatou et Petzétakis; d'abcès amibien du foie, de la plèvre, du cerveau; des cas d'amibiase suraiguë comme ceux de Vaccarézza et Finochiétto ou d'amibiase cachectisante comme en rapporte Izar, avec, dans presque tous les cas, la constatation ultérieure, parce qu'elle systématiquement recherchée, d'amibes dans les selles avec ou sans syndrome dysentérique.

Et il est intéressant de constater que dans presque tous ces travaux les auteurs insistent sur les résultats remarquablement rapides obtenus par le traitement émétinique alors que nous observons dans l'amibiase intestinale chronique une résistance particulière du parasite à tous les traitements, même à l'émétine. Nous devons donc penser que d'autres éléments interviennent et en particulier ces deux faits: 1° que l'amibiase a son point de départ dans le colon et que là semble être « la place forte » du parasite; 2° qu'à ce niveau des associations parasitaires presque constantes vien-

nent sans doute renforcer la virulence ou la résistance de l'amibe et la rendre plus invulnérable.

Il nous a donc paru intéressant de rechercher comment se manifestait la survivance de ces amibes pathogènes au milieu de leurs éléments de résistance, parce qu'à la solution de ce problème est attaché un triple intérêt: diagnostic, thérapeutique et prophylactique.

Dans ce cadre extrêmement élargi de l'amibiase, les colites aiguës, qui constituaient autrefois tout ce que nous connaissions de la maladie, occupent une place de moins en moins importante à mesure que nous connaissons mieux les manifestations chroniques si fréquentes de l'amibiase. A ces colites aiguës dysentériques, caractéristiques des phases de début ou de réveil de l'amibiase, font suite une série de troubles chroniques dont les uns ont été bien étudiés par les auteurs classiques sous le nom de « phase de latence » ou de « phase intercalaire » de la dysenterie amibienne; dont les autres, s'observant chez d'anciens dysentériques, constituent les « séquelles » non parasitaires de la maladie; mais il existe toute une variété de colites chroniques dont la véritable nature amibienne reste longtemps méconnue parce qu'elles sont généralement chroniques d'emblée, anormales dans leur symptomatologie et d'un dépistage parasitologique délicat. Ce sont ces colites amibiennes chroniques méconnues que nous avons en vue dans ce travail. Mais la fréquence des poussées aiguës dans les colites banales nous autorise à englober dans la dénomination de colites amibiennes chroniques toutes les formes traînantes à évolution plus ou moins prolongée même avec paroxysmes.

ÉTUDE CLINIQUE.

En présence d'une affection recto-colite quelconque dont la cause n'a pu être exactement déterminée, il faut penser à l'amibiase comme en présence de toute aortite, par exemple, on doit songer à la syphilis. Ravaut a insisté le premier sur ce fait et nous nous proposons de montrer combien sont fréquents les cas d'amibiase méconnus parce qu'au cours d'une colite, en apparence banale, on n'a observé ni syndrome dysentérique, ni retrouvé aucune cause de contagion possible. Et même, nous ne rapporterons ici que des exemples typiques d'amibiase intestinale ayant fait ses preuves cliniquement et microscopiquement; que l'on songe aux nombreux cas d'amibiase intestinale « latente » révélés à la suite d'une localisation extra-intestinale ou fortuitement et l'on verra combien l'amibiase est fréquente, même en France et combien en la méconnaissant l'on risque de nuire au malade et de multiplier les chances de dissémination.

Pour ne pas méconnaître l'amibiase, la seule condition certaine est d'y penser toujours et y ayant pensé de ne pas abandonner ce diagnostic sans examens répétés et complets; nous insistons sur ces faits parce que les colites chroniques amibiennes sont extrêmement protéiformes, elles peuvent revêtir des aspects cliniques infiniment variés, elles ont une évolution souvent déconcertante. Nous ne pouvons pour cela en donner une description d'ensemble. Nous pensons donc préférable et plus clinique de présenter un certain nombre d'observations choisies parmi les plus typiques pour bien montrer la diversité des aspects

sous lesquels elles peuvent se présenter ; nous les avons classées en allant des formes simples à prédominance d'un seul symptôme : constipation, douleur, diarrhée, aux formes complexes ou graves, soit par l'importance des signes intestinaux, soit par l'atteinte de l'état général. Enfin nous analyserons ces observations et nous essaierons d'en tirer les enseignements qu'elles comportent au point de vue du diagnostic et du traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (*communiquée par le Docteur Franck BARADUC, de Châtel-Guyon*).

M^{me} M...

En 1919, crise d'entérite dysentérique soignée comme une crise d'entérite banale. Depuis *constipation* persistante.

En 1920, la malade vient à Châtel-Guyon ; *elle ne présente que de la constipation* avec très légère colite gauche. Mauvais état général, anémie persistante. Pendant son séjour, les selles se régularisent, elle ne présente aucun symptôme dysentérique et n'a jamais de diarrhée.

En 1921, elle revient à Châtel-Guyon ayant eu dans l'hiver trois crises de colite dysentérique. A son arrivée à Châtel-Guyon, le 23 mai, elle est en pleine crise avec 6 selles par jour absolument caractéristiques (gelée de groseille). Un examen pratiqué immédiatement montre nettement la présence d'amibes dysentériques dans les selles (kystes).

Traitement : émétine en injections sous-cutanées, alternées avec le narsénol.

Amélioration rapide. Après 8 jours de traitement la constipation a reparu et la cure thermique est commencée

et suivie régulièrement à partir de cette date. La malade part le 15 juin avec des selles régulières dans lesquelles on ne trouve plus de kystes.

En 1922 la malade suit un traitement régulier d'éméline et de narsénol (3 fois par an); elle revient à Châtel-Guyon en 1922 et n'a pas présenté de récidives.

La malade est revue en 1923; elle a eu dans l'hiver une crise avec amibes dans les selles.

En 1924 la malade a suivi moins régulièrement le traitement spécifique, elle a eu dans l'hiver deux crises de diarrhée mais pas de sang (l'examen n'a pas été fait), constipation opiniâtre; cure régulièrement reprise, amélioration générale, régularisation des selles.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° II (*communiquée par M. le Docteur RAVAUT*).

M^{lle} K. M., 18 ans.

A eu de *l'entérite banale* à l'âge de 5 et 6 ans.

En 1922, a une crise *d'entérite* avec selles sanguinolentes, et légère poussée d'hépatite; on la traite alors en 1922 et 1923 pour son affection hépatique. De multiples traitements sont essayés sans que disparaisse un *point douloureux sous-hépatique* constant.

Le 14 août 1923 la malade est vue pour la première fois par le docteur Ravaut qui trouve un foie normal, un point sous-hépatique correspondant à l'angle colique droit, un double point phrénique avec douleur tout le long de l'aisselle; tout le gros intestin est très sensible, la malade est constipée avec des crises de diarrhée et parfois des petits filets de sang. En outre, la malade a de la cystite et émet des urines troubles de temps en temps.

L'examen des selles montre de très nombreux kystes d'*amœba histolytica* et de protozoaires variés. Un traitement est institué exclusivement par la voie buccale (pâte de Ravaut, narsénol), on constate rapidement une amélioration, puis une guérison qui semble définitive.

Le traitement est continué en 1923, 1924, 1925.

La malade n'a jamais quitté la France et n'a pas été en contact avec des personnes étant allées aux Colonies.

OBSERVATION N° III (*Observation personnelle*).

M. C..., 28 ans.

En 1913, étant en République Argentine, a été pris subitement de *douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite*. A partir de ce moment a des alternatives de diarrhée et de constipation. Tous les 8 jours, il a pendant un ou deux jours 7 à 8 selles par 24 heures avec faux-besoins, épreintes. Cet état dure jusqu'en 1915, époque où il rentre en France et est mobilisé. Il passe 8 mois au front, sans aucune douleur, ni trouble intestinal. Rappelé à l'intérieur pour travailler en usine, il recommence à souffrir du côté droit. Pesanteur constante avec paroxysme tous les 3 ou 4 jours sous forme de *douleur lancinante*. Depuis cette époque a plutôt de la diarrhée que de la constipation. Cinq à six selles pâteuses dans la matinée sans glaires ni sang. Se plaint d'une *douleur dans la fosse iliaque droite* irradiant dans les reins et dans l'aîne avec nausées au moment des crises les plus douloureuses. Douleur en urinant.

Radioscopé en janvier 1919 par le Docteur Pauchet; on ne constate « rien de net; peut-être un peu de stase de l'angle colique gauche; pas d'ulcération rectale; j'en conclus qu'il n'y a pas de colite expliquant les selles glaireuses. Le point douloureux net et persistant dans la fosse iliaque droite me fait conseiller formellement l'appendicectomie. Je la ferai par la ligne médiane et en profiterai pour explorer tout l'abdomen ».

Même état pendant l'année 1919.

Appendicectomie le 19 mars 1920 par le Professeur Gosset. Amélioration au début, puis reprise des sensations douloureuses dans le creux épigastrique, dans la

fosse iliaque droite et le flanc droit. *Douleur aux points de Mac Burney et paraombilical droit.*

Nouvelle intervention le 19 avril 1923 par le Prof. Gosset pour libération d'adhérences duodéno-vésiculaires.

Le 21 novembre 1924, vient consulter parce qu'il ressent les mêmes douleurs qu'auparavant et qu'il a toujours des selles pâteuses peu abondantes mais fréquentes : 2 à 3 le matin avec glaires. Nous pensons à l'amibiase, et pratiquons une rectoscopie qui ne montre rien de visible jusqu'à 20 centimètres. A ce niveau la muqueuse est un peu congestionnée. Nous faisons un prélèvement dans lequel on trouve des amibes dysentériques.

Le malade reçoit 7 injections d'émétine de 6 centigrammes et pendant 10 jours deux comprimés de stovarsol par jour.

Nouvelle série : émétine, stovarsol, en mars.

En avril, le malade en engraisse de 1 kg. 500; n'a plus d'envies d'aller à la selle mais se plaint toujours d'élanements dans la fosse iliaque droite tous les deux jours environ. Tendance à la constipation, selles tous les deux jours seulement, pâteuses avec glaires. Un examen pratiqué à ce moment montre quelques amibes petites, peu mobiles, et quelques kystes d'amœba dysentériae.

Continue à prendre du stovarsol dix jours par mois.

En mai se plaint d'une douleur sourde au creux épigastrique sans rapport avec les repas, beaucoup moins forte qu'il y a 6 mois. Point douloureux para-ombilical droit. Cæco-colon sensible à la palpation, pas de point douloureux sur le colon descendant.

Une série d'émétine et diathermie.

En juin, a été mieux pendant le traitement diathermique; ne souffre plus dans la fosse iliaque droite. En général, se sent mieux surtout pendant les périodes des cures d'émétine mais recommence à souffrir dès que les selles redeviennent moulées et rares : (une tous les 2 jours) l'examen des selles ne montre pas de parasites.

Reprend une cure de stovarsol.

OBSERVATION N° IV (*communiquée par M. le Docteur RAVAUT*).

M. L. de L.

Est adressé au Docteur Ravaut en novembre 1919 par le Docteur Heitz-Boyer parce qu'il souffre de *douleurs extrêmement violentes survenant par crises, siégeant en un point fixe de l'hypochondre gauche*. Il s'agit d'un homme grand, vigoureux, âgé de 42 ans, qui, depuis 4 ans, a maigri de 10 kilogs, se sent très déprimé et présente des troubles neurasthéniques très accentués.

Il raconte qu'il fit en 1898 un voyage au Soudan au cours duquel il contracta le paludisme et la dysenterie dont il est bien remis; il n'a jamais souffert jusqu'en 1915. A cette époque, étant aux Dardanelles, il fut atteint d'accès de fièvre, et surtout d'une diarrhée chronique avec selles séro-sanguinolentes, débâcles survenant 2 à 3 fois par jour et nécessitant une évacuation immédiate des matières; le plus souvent il constatait qu'elles étaient mélangées de glaires et de sang, plus souvent elles contenaient de petits grains muco-purulents. Il continua son service et fit toute la campagne sans se faire hospitaliser, mais souffrant constamment de troubles intestinaux chroniques, caractérisés surtout par de la diarrhée avec émission de selles glairo-sanguinolentes. Au fur et à mesure qu'évolua la maladie elle prit un caractère spécial. En 1917 et 1918 le malade constata l'apparition de phénomènes douloureux, siégeant dans le côté gauche du ventre, s'accroissant de plus en plus et qui en 1919 devinrent intolérables. En même temps son état général déclina rapidement, il maigrit de 10 kilogs, perdit l'appétit et tout courage. Pendant les premiers mois de 1919 il consulta différents médecins; les diagnostics les plus divers furent posés mais l'état, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver; l'amaigrissement, la douleur, la dépression, étaient tellement accentués que l'on put penser qu'il s'agissait de tuberculose intestinale ou même d'un néoplasme.

Le 3 janvier 1919 le docteur Ravaut vit le malade pour la première fois; ce qui l'inquiétait le plus c'était une douleur très vive survenant par crises, siégeant dans l'hypochondre gauche; il la comparait à des brûlures lui donnant la sensation d'un fer rouge, l'obligeant à s'arrêter, à se coucher, et à rechercher des positions plus ou moins bizarres qui le soulageaient un peu. Cette crise diminuait progressivement d'intensité et se terminait par l'évacuation abondante de matières mêlées de glaires muqueuses striées de sang et quelquefois purulentes. En l'examinant on constatait un point douloureux extrêmement net et précis au niveau du colon descendant dans l'hypochondre gauche, siégeant environ à 8 centimètres au-dessus et en-dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; la pression du doigt en ce point réveillait immédiatement une douleur vive qui s'irradiait vers le colon descendant. A la palpation on pouvait constater un léger empâtement dans la région douloureuse, mais le colon ne paraissait pas diminuer de volume et l'on ne sentait aucune corde colique appréciable. Entre les crises douloureuses, le malade émettait une ou deux selles par 24 heures, toujours pâteuses, quelquefois glaireuses ou glairo-sanguinolentes. L'examen des autres viscères ne dénotait aucune autre lésion intéressante. Par contre, le malade présentait une raie blanche surrénale de Sergent des plus nette.

En raison des antécédents et de l'aspect de ces manifestations on en attribuait aussitôt l'origine à l'amibiase, mais l'examen des selles ne fut pratiqué qu'un mois plus tard, alors que 10 jours auparavant on avait commencé un traitement mixte par l'émétine et les injections intra-veineuses d'arséno-benzol. En même temps tous les trois jours le malade prenait un lavement de 50 grammes d'eau contenant 15 centigrammes de novarsénobenzol.

L'examen des selles montra à deux reprises différentes la présence d'amibes mortes, de quelques kystes d'amœba dysentérique et de lamblas.

Après 10 jours de ce traitement, les douleurs avaient

disparu et le malade se croyait guéri; cependant quelques jours après, il était repris de crises moins violentes que les précédentes, mais persistant toujours. On dissociait alors la thérapeutique et on ne lui fit pendant 15 jours que des injections d'émétine à 4 et 8 centigr. par jour. Il n'éprouva qu'un léger soulagement.

On reprit ensuite les injections et les lavements de novarsénobenzol; cette thérapeutique le soulagea beaucoup mieux. L'émétine fut donc complètement abandonnée.

A la fin de janvier 1920 on reprend les injections de novarsénobenzol et il éprouve un soulagement considérable comme la première fois; malheureusement, au début de février il est repris de nouvelles crises douloureuses présentant les mêmes caractères mais moins violentes, moins pénibles, et ne durant que deux heures.

Le 11 février 1920 on commence le traitement par la voie buccale et pendant 16 jours le malade prend un jour sur deux trois cuillerées à soupe de la pâte de Ravaut et le jour intermédiaire un comprimé de 5 centigrammes de novarsénobenzol à chacun des deux repas.

Le 12 mars 1920 il a engraisé de 4 kilogs. et n'a pas eu de crises douloureuses. Les selles sont toujours pâteuses, contiennent quelques glaires et l'on ne voit ni mucus, ni sang.

Le malade se sent beaucoup mieux, il mange de tout, sauf du lait, des œufs et des crudités. Il a repris ses occupations, ses exercices sportifs.

Pendant les mois d'avril à juillet 1920 les crises s'espacent de plus en plus et sont de moins en moins douloureuses, le traitement consistant en séries de 20 jours du traitement par la voie buccale suivi précédemment. De temps en temps on lui fait quelques injections intraveineuses de novarsénobenzol et il prend de petits lavements de 15 centigrammes de ce médicament.

A la fin de novembre 1920, à la suite d'une partie de golf très fatigante, il est repris d'une crise douloureuse

et le 12 décembre 1920, à la suite d'un coup de froid une diarrhée glaireuse revient sans pus ni sang. Les phénomènes douloureux disparaissent dès la reprise du traitement par la voie buccale.

A la fin de décembre il reçoit en outre trois injections de 30 centigrammes de novarsénobenzol. Depuis le malade n'a plus eu aucune crise douloureuse; un seul phénomène persiste, c'est l'émission de temps en temps de selles pâteuses présentant parfois des glaires. Aussi, le malade continue-t-il un traitement d'entretien par la voie buccale; il l'a suivi depuis quatre ans, et actuellement est toujours en excellente santé menant une vie extrêmement active.

(Cette observation a été publiée intégralement par M. le Docteur Ravaut, dans la « Revue Médicale Française » de mai 1921.)

OBSERVATION N° V (communiquée par M. le Docteur RAVAUT).

M. C... Albert, 59 ans.

Malade habitant la campagne, dans l'Yonne et n'ayant jamais voyagé, ni été en contact avec des coloniaux.

Depuis février 1922 est soigné pour une entérite dysentérique avec douleurs dans la fosse iliaque gauche, selles diarrhéiques, avec glaires et sang.

En octobre 1922, fait une hémorragie abondante, que l'on arrête par deux piqûres d'émétine, mais sans songer à la nature amibienne de cette hémorragie. Les symptômes de colite avec selles sanguinolentes persistent; l'amaigrissement est considérable 27 kilogs. avec perte de l'appétit.

Le 31 mars 1923 le malade est vu pour la première fois par le Docteur Ravaut, il a 4 à 5 selles par jour avec glaires et présente un *point douloureux* de la région moyenne du colon descendant et au niveau de l'anse sigmoïde. Le toucher rectal fait sentir une *bride fibreuse* épaisse au

niveau de l'ampoule. Le malade est adressé au Docteur Bensaude pour une rectoscopie qui montre un rétrécissement du rectum.

On porte le diagnostic de néoplasme recto-colique et l'on conseille une opération. Le malade est cependant soumis au traitement anti-amibien par la voie buccale et à des lavements de novarsénobenzol.

En juin 1923 le malade est très amélioré et le diagnostic est maintenant hésitant entre : néoplasme et rétrécissement de cause inconnue. Un examen des selles montre alors la présence de petites amibes du type « nana ».

On continue le même traitement anti-amibien.

En décembre 1923 on constate une amélioration considérable de tout l'état local. On ne sent plus qu'un tout petit anneau fibreux et la disparition de la tumeur est totale.

En 1924 et début de 1925 l'amélioration continue; le malade a engraisé de 21 kilogs.

OBSERVATION N° VI (*communiquée par M. le Docteur Gaston DURAND*).

M. C..., 42 ans.

En 1917 a une crise d'*entérite diarrhéique* étant au front (sans connexion avec des Coloniaux), diarrhée simple semi-liquide.

A partir de 1918 a 4 à 5 selles par jour, peu abondantes, tantôt pâles, tantôt brunes et toujours assez fétides avec période de constipation absolue.

En 1920 présente un état de « colite » presque permanent, caractérisé par *deux selles quotidiennes, semi-liquides*, survenant une heure après chaque repas. La radioscopie pratiquée en 1921 montre un transit excessivement rapide à partir du cæcum.

Le malade vient alors consulter pour un prurit intense généralisé et migrateur ayant débuté en 1917 en même temps que son entérite. La langue est blanche et sale. Etat nauséux très fréquent post-prandial surtout le soir.

En octobre 1921 le malade fait chez lui, à Paris, une cure d'eau de Châtel-Guyon. Il n'a plus qu'une selle par jour pendant deux mois, puis deux selles quotidiennes fragmentées, très fétides. Même état en 1921 et 1922; selles non en purée.

En novembre 1922 recommence à avoir *cinq à six selles mal liées*; en même temps apparaît une douleur dans la fosse iliaque gauche avec *point douloureux nettement localisé dans la fosse iliaque, sur le colon*. Sous l'influence d'un traitement à base de ferments lactiques il n'a plus que deux selles quotidiennes mais mal liées et toujours fétides. En même temps apparaît une *sciatique* gauche. Une radioscopie après lavement baryté montre la correspondance du point douloureux avec le colon descendant sans anomalies de calibre.

Bien que l'on n'ait vu dans les selles ni sang ni glaires, on fait une rectoscopie; celle-ci montre une muqueuse légèrement granuleuse avec quelques petites érosions ponctiformes sans caractères nets. On fait un prélèvement dans lequel on ne trouve pas d'amibes.

En mai 1923 le malade est adressé au Docteur Aine à Châtel-Guyon pour sa typhlo-colite. On lui fait une réactivation avec la choléine Camus, à la suite de laquelle on trouve dans les selles quelques rares kystes d'amœba dysentérique. On fait alors une série d'émétine, puis on met le malade à la pâte de Ravaut et au narsénol.

Malgré un état de grande fatigue, le malade n'a plus qu'une selle quotidienne pâteuse, obtenue du reste avec du nujol. Cessation des douleurs au niveau du colon gauche; la recherche des kystes reste négative à la fin du traitement thermal.

Rentré à Paris, il continue sa cure à l'émétine, pâte de Ravaut, narsénol.

En décembre 1924, la sciatique a diminué, l'état des selles est identique et elles ne renferment pas de parasites après réactivation (Labor. Goiffon).

En 1924 fait une nouvelle cure à Châtel-Guyon (on

trouverait quelques rares kystes d'amœba dysentériæ après enrichissement par la méthode de Barthélemy). Le malade est alors mis au stovarsol.

Revu le 20 mai 1925, la sciatique avait repris ainsi que les douleurs sur le trajet du colon descendant; le malade prétendant que plus il souffre du colon, plus il souffre de la sciatique. De nouveau les selles sont redevenues fréquentes, trois à quatre par jour, mal formées, grumeleuses, en purée. L'examen fait dans les laboratoires Flament et Goiffon ne montre pas de kystes.

Malgré ces constatations négatives, on continue la cure de stovarsol, actuellement le malade prend pendant cinq jours deux comprimés de 25 centigrammes par jour, se repose cinq jours et ainsi de suite; il présente la même douleur exquise au niveau du colon descendant.

OBSERVATION N° VII (*communiquée par le Docteur Frank BARADUC*).

Docteur V....

Pendant l'été de 1921, le malade accuse de la *diarrhée banale* avec trois à six selles par jour. Amaigrissement.

L'examen de l'abdomen et du rectum ne révèle rien de particulier.

Un examen coprologique répété ne décèle aucun parasite, aucun kyste.

Le régime alimentaire, le repos améliorent un peu la diarrhée mais sans la faire disparaître.

La recherche des parasites renouvelée reste négative.

Pendant l'hiver de 1923 a une crise de diarrhée (non sanglante) plus violente; un nouvel examen des selles fait découvrir des kystes d'amibes dysentériques.

Le malade est mis au traitement anti-amibien. Amélioration rapide.

OBSERVATION N° VIII (*communiquée par M. le Docteur R. A. GUTMANN*).

M. M... M., 47 ans.

De 1913 à 1916 a séjourné en Indo-Chine et au Tonkin et a toujours été bien portant. Cependant depuis cette époque a des *selles très fréquentes*, six à quinze fois par jour, liquides le matin, solides dans la journée, sans glaires ni sang, et qui ne le gênent ni ne l'inquiètent nullement.

En mars 1924 vient consulter spontanément ayant appris qu'une de ses employées était soignée pour amibiase. L'examen des selles pratiqué au laboratoire Goiffon ne montre, après tamisage et concentration, aucun kyste de protozoaire. Ce sont des selles diarrhéiques avec hématies et leucocytes, présentant les caractères de selles de dysenterie amibienne; aussi est-il traité pendant un mois et demi par des piqûres d'émétine et de l'amibiasine.

Après ce traitement, le malade n'a plus que deux selles par jour, absolument normales.

Actuellement ne présente plus aucune diarrhée.

OBSERVATION N° IX (*observation personnelle*).

M^{me} D..., 38 ans.

Il y a 6 ans a eu une *crise d'entérite aiguë* pendant 8 jours, *diarrhée prandiale* avec coliques, sans température; depuis a chaque jour une selle liquide ou en purée avec quelques rares crampes le matin vers 3 heures.

En janvier aurait eu trois à quatre selles liquides par jour.

Actuellement, a une *selle très liquide, jaune clair*, avec gaz et peaux, douleurs au point de Mac Burney et le long du colon descendant; pas de clapotage à jeun; foie normal, le reste de l'examen est négatif.

On met la malade au régime végétarien et à la craie préparée.

Elle présente une légère amélioration ayant une selle fréquemment moulée jusqu'en mars 1922. A ce moment, à la suite d'un écart de régime, elle présente de nouveau deux selles par jour, très liquides et très fétides. Sous l'influence du régime, auquel on adjoint du bismuth, les selles redeviennent moulées et la malade engraisse.

En décembre 1922 à la suite d'un lavement de chlorure de calcium pour métrorragie elle fait une nouvelle poussée d'entérite aiguë, trois selles par jour avec sang et glaires; on pratique alors un examen qui montre la présence des kystes d'*antamœba dysentériæ*, et l'on fait une rectoscopie. On constate une muqueuse très friable, uniformément rouge avec des érosions en coup d'ongle. La pénétration ne peut pas être poursuivie au-delà de 12 centimètres à cause de la douleur et de l'hémorragie.

Dans le prélèvement de mucus on trouve des kystes d'*antamœba dysentériæ*.

On institue un traitement mixte : éméline et novarsénobenzol, à la suite duquel de nombreux examens de selles sont tantôt positifs, tantôt négatifs. Les selles sont souvent moulées, la malade ne présente plus aucune douleur abdominale. En février 1924 a eu 3 ou 4 jours de diarrhée après un écart de régime, puis tout est rentré dans l'ordre.

On continue le traitement d'entretien au narsénol.

OBSERVATION N° X (*observation personnelle*).

M. B..., 49 ans.

Depuis 1915 se plaint de *coliques* le long du colon avec besoins impérieux d'aller à la selle, quinze *selles glaireuses, sanglantes* pendant 4 ou 5 jours.

Opéré d'appendicite en 1916; depuis cette époque exagération des symptômes, crises durant 10 à 12 jours survenant tous les 2 à 6 mois. Entre elles, selles semi-liquides; appétit irrégulier, amaigrissement de 23 kilogs. depuis 1916.

Evacué du front et réformé pour entérite et lésion pul-

monaire parce qu'il tousse et crache, mais l'examen des crachats pratiqué quatre fois n'a jamais décelé de bacilles de Koch.

Pas d'antécédents pathologiques, a toujours été bien portant jusqu'en 1915.

En janvier 1925, nous voyons ce malade pour la première fois; le colon gauche est contracté, un peu sensible, le cæcum est petit. Il présente une *diarrhée banale sanglante*.

La rectoscopie montre la muqueuse rectale congestionnée, saignante, recouverte de glaires épaisses avec des petites érosions en cupule dans les 10 premiers centimètres. Le sigmoïde ne présente rien d'anormal.

Un prélèvement de glaires examiné au microscope montre un grand nombre d'*antamoeba dysentæriæ* vivantes.

On fait faire six lavements de coréine auxquels on incorpore 50 centigrammes de novarsénobenzol, et l'on donne deux comprimés de stovarsol de 25 centigrammes.

Le 27 février on constate une nette amélioration subjective; cependant, il y a encore 3 à 4 selles diarrhéiques par jour sans hémorragie.

La rectoscopie montre une muqueuse paraissant normale jusqu'à 25 centimètres mais recouverte dans les premiers centimètres de glaires dans lesquelles on retrouve des amibes dysentériques.

Emétine, 10 injections alternées avec stovarsol (2 comprimés par jour).

Après ce traitement, le malade ne va plus que 2 fois à la selle, engraisse, et l'examen rectoscopique ne révèle plus rien d'anormal; on ne trouve dans les glaires ni amibes, ni kystes.

On supprime l'émétine et l'on donne deux comprimés de stovarsol par périodes de 5 jours alternant avec des périodes de repos de 5 jours.

Le 28 avril, le bon état est persistant, mais présente une légère tendance à la constipation, le malade a repris 7 kilogrammes. En juin le malade a 2 selles quotidiennes.

nes convenables, le matin au réveil, mais, il se plaint de douleurs sur le trajet du cæco-colon droit, avec irradiation dans la jambe droite, le cæcum est douloureux surtout à la pointe.

A l'examen rectoscopique, la muqueuse est normale sans ulcérations mais recouverte dans les 15 premiers centimètres de glaires épaisses qui ne contiennent ni amibes ni kystes.

Cure d'entretien de tréparsol 2 comprimés pendant 10 jours, puis période de repos de 10 jours et nouvelle série de 10 jours.

OBSERVATION N° XI (*communiquée par M. le Docteur R. SAVIGNAC*).

M. M..., 60 ans.

Malade adressé à la consultation de St-Antoine en février 1915 par le Docteur Calome de Lausanne.

En 1903, fait un voyage en Indo-Chine pendant lequel il est atteint d'une *constipation intense* ; celle-ci subsiste pendant son séjour là-bas qui dure 2 mois, et persiste à son retour. Cependant à Singapour aurait eu une poussée de diarrhée avec glaires et sang, *épreintes* et *amaigrissement*.

Pendant 20 mois, il suit un régime qui l'améliore mais conserve cependant des selles diarrhéiques (jusqu'à 7 selles par jour).

Il va mieux à la suite de 2 saisons à Plombières.

Depuis 5 ou 6 ans va bien sauf quelques rechutes très rares.

En septembre 1914 les selles molles réapparaissent, puis des *selles glaireuses* avec sang, trois fois par jour. Le régime cette fois ne jugule rien ; le képhir arrive cependant à donner des selles molles. Le poids tombe à 49 kg. 750.

En décembre, consulte le Docteur Roux, qui pense à quelque chose d'amibien. On fait alors une rectoscopie et l'on trouve une ulcération à 18 cm. A ce niveau la

muqueuse est bourgeonnante et saignante; on pense alors à un néoplasme et on conseille l'opération. Le malade est envoyé à l'hôpital St-Antoine pour confirmer le diagnostic par une nouvelle rectoscopie. L'introduction du rectoscope est facile, le rectum est béant, la muqueuse est sèche et un peu rouge; à 20 cm. environ, on rencontre une portion plus rigide mais encore mobile, très plissée, saignant un peu au contact du rectoscope. On constate une ulcération peu profonde, légèrement anfractuëuse, recouverte d'un enduit grisâtre. On ne peut pénétrer plus loin, l'intestin semble rétréci et saigne facilement.

L'examen du malade montre un abdomen distendu, tympanique et gargouillant à la palpation, avec des parois flasques. Un gros clapotage gastrique, un foie petit. On ne note aucune douleur; pas d'ascite.

L'examen des selles pratiqué le 12 février 1915 par Carrion montre d'assez nombreuses amibes dysentériques.

On met alors le malade à une cure d'émétine (6 piqûres de 4 cgr.) le résultat est miraculeux dès les premières piqûres: les douleurs disparaissent, les selles s'améliorent, l'état général se remonte, le poids est de 52 kgs 250.

Cependant le malade supporte mal les piqûres que l'on doit espacer, à cette condition elles sont bien supportées et ce traitement peut être poursuivi jusqu'en juillet.

Il n'a plus alors que 2 selles par jour parfois molles, parfois bien moulées, mais dans lesquelles on retrouve encore des amibes. L'appétit est bon, les forces reviennent mais la mémoire et la vue baissent un peu.

En janvier 1916, après une poussée aiguë avec selles glaireuses et sanglantes il se sent mieux mais est encore fatigué et énervé. Il s'alimente mieux, a une selle par jour tantôt ferme, tantôt en purée *s'il se fatigue et surtout s'il marche ou reste debout, accompagnée d'une crise douloureuse abdominale assez violente s'atténuant par l'expulsion de gaz et surtout par la position horizontale.*

Le traitement émétinique est continué ; puis on lui adjoint des pansements rectaux à la coréine, craie et dermatol qui produisent une amélioration notable.

Il n'a plus que 1 ou 2 selles par jour ne contenant pas de sang.

Mais le malade est nerveux, s'alimentant peu, se plaignant surtout de douleurs abdominales basses, à la station debout, qui l'empêchent de marcher et de travailler.

A l'examen, le ventre est tympanique sensible en général.

En août 1916 fait sans gros résultat une cure à Plombières (la douche interne le calmait un peu) mais présente toujours le même syndrome douloureux debout.

Le traitement émétinique est continué pendant la fin de 1916 et 1917, on lui adjoint quelques lavements au nitrate à 1 p. ‰. L'examen rectoscopique montre une ampoule large et propre ne contenant que quelques mucosités ; la muqueuse est rose avec place plus rouge ; quelques rares ulcérations plates serpigneuses à rond jaune et à bord rosé ; tout est localisé au rectum ; on pénètre dans l'anse sigmoïde jusqu'à 23 centim. où la muqueuse est de plus en plus normale, il n'y a ni tumeur, ni rétrécissement. A l'examen radioscopique, le bismuth progresse normalement de l'ampoule jusque dans l'intestin grêle, le calibre et la mobilité paraissent normaux.

Depuis 15 mois, le malade suit un traitement alterné d'émétine et de lavement au nitrate d'argent avec des alternatives d'amélioration et de rechutes, mais persistance d'un état général grave, de grande faiblesse et de douleurs abdominales lorsque le malade marche ou reste longtemps debout.

Les selles se sont améliorées ; toutes les 3 semaines environ le malade a une crise de diarrhée avec glaires et sang ; gaz très abondants, le tout disparaissant par la station horizontale. On donne alors du narsénol, deux comprimés de 5 centgr. par jour.

Ce traitement est très bien supporté, le malade va beaucoup mieux, il y a 3 ans qu'il ne s'était senti aussi bien, il a une selle journalière parfaite, dans laquelle on ne trouve ni amibe ni kyste.

Le malade revu en 1920, puis en 1923 va très bien sauf une petite rechute il y a un an, il a engraisé de 4 kgs, n'a plus de douleurs dans le côté droit, *peut rester debout* sans que ses selles redeviennent plus fréquentes et sans avoir de coliques.

Depuis quelques mois, il se plaint d'une douleur épigastrique entre 4 et 7 heures du matin qui s'atténue si le malade mange un peu.

Traitement d'entretien au narsénol et le malade n'est pas revu jusqu'en 1924. Il continue à aller très bien ayant une légère tendance à la constipation surtout s'il mange abondamment.

A engraisé de 2 kgs.

Cure d'entretien tous les six mois au narsénol.

OBSERVATION N° XII (*observation personnelle*).

M^{lle} L..., 26 ans.

A toujours été bien portante jusqu'en avril 1923. A cette époque elle se plaint de *brûlures d'estomac* une 1/2 heure après les repas, de vomissements acides, agaçant les dents, et de ballonnement du ventre avec éructations, mais pas de douleur véritable. Ces phénomènes durent une heure environ.

En octobre 1923 surviennent des *hémorragies rectales* de sang rouge, puis de la diarrhée, 4 selles par jour, contenant du sang et très peu de matières ; une sensation de pesanteur dans le fondement avec ténésme calmés par des bains de siège très chauds. On pense à des hémorroïdes, mais les lavements au laudanum et à l'antipyrine ne déterminent aucune amélioration.

En janvier 1924, elle se plaint de *coliques dans la fosse iliaque gauche*, suivies d'épreintes avec selles glaireuses

et sanglantes, environ 6 selles par jour, et une la nuit; on pense à des coliques hépatiques bien qu'il n'y ait ni douleur dans la fosse iliaque droite, ni dans l'hypochondre droit, ni dans l'épaule droite; on donne sans résultat de la belladone et des lavements laudanisés.

En février, elle consulte un nouveau médecin, se plaignant de coliques dans tout le ventre, suivies de selles sanglantes et glaireuses, on pense à une diarrhée par hypoacidité, les réactions du suc gastrique après tubage montrent:

tournesol,	+	+
gunsbourg,	+	+
perchlorure de fer 0		

Une heure après repas d'Ewald on retire 20 centm³ de liquide contenant très peu de pain.

a = 3	f = 0,30
h = 1	c = 1,70

La belladone à doses progressives fait diminuer le nombre des selles pendant quelques jours, puis on fait prendre du chlorure de calcium et de l'extrait hépatique.

Enfin on fait faire 10 séances de diathermie en mars et avril. Aucun de ces traitements ne réussit; les selles sont toujours liquides, la malade se sent très fatiguée, ayant maigri de 16 gs depuis 7 mois.

Le 24 avril 1924 nouvelle poussée de selles sanguinolentes avec glaires, on pense alors à l'amibiase, et l'on fait faire un examen de selles qui ne révèle ni amibes ni kystes.

L'examen rectoscopique montre la muqueuse rectale et sigmoïdienne uniformément rouge, saignant facilement avec de petites ulcérations en coups d'ongle à 13 centim.

En présence de ces constatations on prescrit des piqures d'émétine de 2 centgr. tous les jours pendant dix jours, puis tous les deux jours alternées avec de l'amibiasine.

Ces piqures sont très mal supportées, la malade pré-

sente une asthénie très marquée, des vertiges une température à 38°.

On prescrit alors des lavements de coréine, dermatol, oxyde de zinc, et l'on fait une réactivation avec 25 gr. de sulfate de soude.

L'examen des selles montre alors de nombreuses petites amibes mobiles, avec hématies enclavées.

Le 16 mai 1924 on constate une légère amélioration des douleurs, moins de coliques, mais toujours des selles sanglantes, 5 à 6 par jour.

On donne alors de la pâte de Ravaut et des lavements de novarsénobenzol.

Ces lavements amènent une amélioration ; la malade se sent beaucoup mieux, a bon appétit, engraisse, ne souffre plus, et n'a plus qu'une selle ou deux avec un peu de sang.

On continue le traitement avec la pâte de Ravaut et l'amibiasine, l'amélioration persiste, il n'y a plus que deux selles par jour contenant des matières, quelques glaires et un peu de sang, elles sont émises sans coliques.

On tente alors une nouvelle série d'émétine en juin 1924. Celle-ci est bien supportée, mais l'examen des selles montre encore la présence d'amibes. On alterne alors le traitement avec la pâte de Ravaut et les lavements de coréine et novarsénobenzol.

En octobre, à la suite d'une nouvelle série d'émétine, les selles sont redevenues normales, il n'y a pas de douleur.

L'examen rectoscopique montre une muqueuse légèrement décapée à la partie supérieure du colon sigmoïde, mais sans ulcération.

Un prélèvement de mucosités ne contient ni amibes, ni kystes.

La malade est revue en décembre 1924, elle n'a suivi aucun traitement, ses selles sont normales, elle a repris son poids ; elle se sent très bien.

La rectoscopie montre une muqueuse d'aspect conve-

nable, sauf une petite érosion à 4 cm. sur la face antérieure.

On ne constate ni amibes, ni kystes.

La guérison semble définitive.

On institue cependant un traitement d'entretien : deux comprimés de stovarsol pendant 10 jours, tous les 2 mois.

OBSERVATION N° XII (*communiquée par M. le Docteur SAVIGNAC*).

M. l'Abbé D...

En 1919 a de la *diarrhée* depuis 20 mois ; aurait eu une crise semblable en 1910. Tous les jours, a 4 à 5 selles et la nuit une ou deux, avec coliques et tranchées et quelquefois *ténésme* et *épreintes* ; selles avec glaires, rares, quelquefois selles avec glaires sanguinolentes.

Au début surtout, a eu quelques hémorragies. *Amaigrissement* notable ces temps derniers qui a fait penser à un cancer du rectum.

A l'examen, l'abdomen n'est pas douloureux, sauf l'S iliaque qui est un peu épaissie et douloureuse.

Le toucher rectal est négatif.

L'examen rectoscopique ne montre aucune tumeur, la muqueuse est rouge, friable et chagrinée, semée d'ulcérations profondes saignantes, elle est recouverte de muco-pus qu'on essuie et qui laisse un petit cratère saignant à bords gonflés et saillants.

L'examen des selles pratiqué au laboratoire Goiffon montre de nombreuses antamœba histolytica très mobiles.

On institue un traitement émétinique.

Le malade avait toujours été en très bonne santé étant allé en Terre Sainte et en Algérie en 1896 et en 1906 sans présenter, à ces moments, aucuns accidents intestinaux.

Il n'a pas été revu, mais nous a donné de ses nouvelles par correspondance ; ses selles sont normales, il dit avoir une très grande amélioration.

OBSERVATION N°-XIV (*communiquée par M. le Docteur SAVIGNAC*).

M. B..., 38 ans.

Bien portant jusqu'à 22 ans, à cette date, étant au régiment, a dû être admis à l'hôpital de Châlons pour des *douleurs dans la région épigastrique*, sans irradiation, ayant débuté brusquement, très violentes et s'accompagnant d'anorexie, de sueurs, d'une fièvre élevée. Sans vomissements, elles furent calmées presque instantanément au bout de 8 jours, par l'application de glace.

A 23 ans, nouvelle crise épigastralgique d'une durée de 3 à 4 jours, puis 2 ans après, autre crise avec urticaire ayant duré à peine quelques heures.

Les années suivantes, il fut obligé de s'aliter plusieurs fois étant pris d'une crise débutant par de la lassitude et de l'abattement, de la céphalée, un vomissement bilieux plus ou moins intense, et une éruption d'urticaire plus ou moins généralisée mais constante, douleur variable comme siège et intensité.

Vers 1911 se présente à la consultation du Docteur Mathieu à St-Antoine pour sa gastralgie et là fut émise pour la première fois l'idée d'un kyste hydatique possible.

La radioscopie de l'estomac fut négative, la radiographie montrant un gros foie uniformément sans tumeur saillante. La réaction de Weinberg faite chez Carion fut négative.

Quelques mois après, nouvelle crise qui va durer presque sans interruption d'août à décembre 1911, le malade très épuisé rentre alors à Lariboisière dans le service du Docteur Régnier. Opération par le Docteur Chiffoliau : kyste hydatique suppuré du foie contenant environ 750 gr. de liquide. Drainage, fermeture en 7 semaines.

Le mois suivant le malade croit avoir recouvré entièrement la santé, ne souffre plus et engraisse.

En avril 1922, nouvelle crise, puis en mai et en juin la réaction de Weinberg est encore négative.

En juin le Docteur Chiffoliau pratique une laparotomie médiane, exploratrice qui reste négative.

En août, septembre et octobre 1912 nouvelles crises, puis calme absolu pendant 2 ans.

En 1914, mobilisé comme conducteur au 59^e d'artillerie, en octobre rentre à l'infirmerie pour une crise légère ayant duré 24 heures, caractérisée par des douleurs abdominales avec de l'urticaire.

En décembre 1914 nouvelle crise pour laquelle il est envoyé à l'hôpital St-Martin dans le service du Docteur Lejars, douleur légère dans la région épigastrique, urticaire, fièvre légère, guérie par l'application de glace.

En février 1916, les crises réapparaissent de plus en plus fréquentes, et le malade est enfin évacué du régiment. Il arrive à l'hôpital de Martigny le 14 juin 1916 en assez bon état général, un peu anémié et amaigri; douleurs avec paroxysme dans l'épaule droite, le lobe droit du foie est très augmenté de volume.

Quelque râles sous-crépitaux à la base droite en arrière.

Langue un peu sale, anorexie sans électivité, digestion et selles normales.

Température aux environs de 38[°].

Examen du sang : $\left\{ \begin{array}{l} \text{polynucléose 90 \% ;} \\ \text{pas d'éosinophiles.} \end{array} \right.$

La radioscopie montre une voussure localisée du dôme droit du diaphragme, déterminée par une poche claire du volume d'un gros œuf située sur la convexité du lobe droit du foie.

Opération le 14 juin par le Docteur Lefort. Ponction du foie au trocart. On retire du pus chocolat.

Nouvelle opération en 1916 dans le Midi.

D'août à septembre 1917 séjour dans le service du Docteur Desmarets où il est opéré de nouveau pour abcès du foie d'origine indéterminée; mais l'aspect du pus fait

penser à un abcès amibien, et le malade est adressé au Docteur Savignac.

Actuellement, en avril 1919 le malade se plaint d'avoir 4 à 5 selles par jour surtout le matin ; *selles glaireuses*, en purée avec *coliques abdominales* et parfois des épreintes et du ténésme; cette entérite dure depuis octobre 1918.

L'examen des selles ne montre pas d'amibes.

La rectoscopie montre jusqu'à 20 cm. une muqueuse très rouge, gonflée, et sécrétant, absolument parsemée d'ulcérations surtout nombreuses dans la moitié inférieure de l'ampoule. Ce sont des ulcérations de la dimension d'une tête d'épingle ou d'un coup d'ongle, saignant facilement, à bords nets ; l'ulcération est assez profonde et souvent recouverte par un pus jaunâtre, on en prélève une parcelle et l'on trouve des amibes dysentériques typiques. Le malade est traité par l'émétine.

Il n'a pas été revu pendant 4 ans, mais a été bien à condition de continuer ses cures d'émétine.

En 1923, le malade a 5 ou 6 selles par jour sans douleur examen rectoscopique montre une muqueuse rouge, sèche, granitée sans ulcération; il est impossible de passer le défilé rectosigmoïdien étant donné les douleurs, on fait un prélèvement au niveau d'une petite ulcération superficielle saignotante, il montre la présence d'amibes mobiles.

On institue alors un traitement par la pâte de Ravaut.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs ont diminué, le malade n'a plus de crises, mais a toujours 3 ou 4 selles par jour.

Même état jusqu'en octobre 1924, on donne alors 2 comprimés de stovarsol par jour pendant 10 jours; le malade va beaucoup mieux, n'a plus qu'une ou deux selles par jour qui ne contiennent pas de parasites.

Le même traitement est continué en 1924 et 1925, le malade va bien à condition de ne pas trop espacer les prises de stovarsol.

OBSERVATION N° XV (*communiquée par le Docteur Gaston DURAND*).

M^{lle} M..., 11 ans 1/2.

Début en août 1920 par des *coliques*, de la *diarrhée*, avec émission d'un peu de sang. 10 selles par jour avec *épreintes, sang et glaires*. Amélioration passagère par un régime et des anti-diarrhéiques banaux. L'état général est resté bon, sans amaigrissement apparent jusqu'en janvier 1921, où elle est vue pour la première fois par le Docteur Durand.

Elle a des épreintes et du ténésme avec émission de liquide fécaloïde, 5 à 6 fois pendant le jour et la nuit 3 à 4 fois, émission fréquemment constituée par du sang pur, liquide, fécaloïde et glaires, sans matières. La malade refuse de rester en observations à Paris. Des recherches plus approfondies ne sont pas faites.

On institue cependant, un traitement avec l'amibiasine.

La malade est revue le 6 mars 1921 ; l'examen rectoscopique pratiqué alors montre une ampoule rectale criblée d'ulcérations linéaires, en coup d'ongle ou polycycliques de toutes dimensions à bords nets, assez profondes, saignantes, et de très nombreuses cicatrices gaufrées. Tout le sigmoïde accessible présente une muqueuse violemment congelonnée et de nombreuses ulcérations superficielles.

Un prélèvement opéré à ce niveau montre la présence de très petites amibes à pseudopodes en coulée de verre avec de nombreuses inclusions, et quelques amibes un peu plus grandes.

On institue un traitement mixte combinant des injections de 6 cgr. d'émétine et des pansements rectaux de coréine, auxquels on incorpore de 30 cgr. à 1 gr. de salvarsan.

En 8 jours, cessation complète des glaires et du sang, 15 jours après, la malade a chaque jour une selle

copieuse, en tas, ne contenant ni glaires, ni sang, et dans laquelle on ne retrouve ni amibes, ni kystes.

L'examen rectoscopique montre la muqueuse sigmoïdienne d'aspect presque normal sans ulcération visible. La muqueuse rectale plus nette, et ne montre plus que quelques érosions ponctiformes non saignantes.

Le traitement est cependant continué, on fait 1 mois sur 2 une série de 12 injections d'émétine de 4 cgr.

La malade est revue en juillet 1921, elle a engraisé de 6 kgs; elle a une selle quotidienne moulée, sans glaires.

La rectoscopie ne montre pas d'ulcérations, mais de nombreuses traces de cicatrices et des glaires épaisses non teintées, dans lesquelles on ne trouve ni kyste ni amibe.

On institue un traitement d'entretien consistant en une série d'émétine tous les mois et 1/2 et en narsénol.

La malade a été revue en janvier 1922 en excellent état ne présentant aucun phénomène intestinal.

On n'a retrouvé comme cause de contagion qu'un frère ne vivant pas avec la malade mais ayant été en Orient et n'ayant jamais présenté aucun accident intestinal.

OBSERVATION N° XVI (*communiquée par le Docteur CARRIÉ*).

M^{me} M..., 34 ans.

Malade ayant toujours été bien portante, mais *très constipée*. Il y a 4 ans, a eu une crise d'entérite pendant 3 mois, diarrhée avec selles très liquides, sans glaires ni sang, douleurs dans tout le ventre, pas d'épreintes, amaigrissement.

Alternatives de mieux et de débâcle diarrhéique, puis retour à la constipation restant 4 jours sans aller à la selle.

Selles très dures, enrobées de mucus et de sang avec coliques et épreintes.

Depuis 18 mois, les douleurs sont plus violentes, les

selles rares contiennent peu de matières dures, mais *des glaires, des peaux et du sang*.

La malade est très fatiguée, *très anémiée*, ayant maigri de 20 kg.

L'examen des selles montre de nombreuses amibes dysentériques.

On donne alors de l'amibiasine, plusieurs examens ultérieurs montrent encore des amibes.

On fait des cures alternées d'émétine et de narsénol, l'émétine est très mal supportée au début amenant de la céphalée, de l'asthénie et un amaigrissement prononcé.

A la suite d'un lavement d'amibiasine, la malade fait une poussée aiguë: coliques violentes, avec selles sanglantes, presque exclusivement constituées de pus et de mucus.

Une rectoscopie pratiquée en avril 1925 montre une congestion intense de la muqueuse jusqu'à 25 cm., elle est granuleuse, bourgeonnante, recouverte d'un enduit purulent. La pénétration du restoscope est difficile et douloureuse en raison du calibre du rectum qui est très diminué et de la congestion intense.

On prélève des glaires dans lesquels on trouve des amibes vivantes mobiles du type « nana » et quelques kystes.

On fait des lavements de rectoplasme et l'on donne des comprimés de stovarsol.

En mai on constate une nette amélioration subjective,

L'examen rectoscopique montre le même aspect de la muqueuse mais limité au segment inférieur, toute la partie supérieure est granuleuse, paraissant infiltrée, mais d'aspect très amélioré.

On trouve encore de petites amibes mobiles.

La malade souffre moins, ses selles sont plus régulières, contenant moins de pus et de glaires, mais encore un peu de sang.

En somme, grosse amélioration confirmée par l'examen rectoscopique; on ne trouve ni amibes, ni kystes, dans le prélèvement intra-rectal.

A la fin de juin la malade se sent beaucoup mieux, elle

ne souffre plus, elle a engraisé ; elle n'a plus qu'une selle journalière pâteuse ; l'examen rectoscopique montre la muqueuse épaissie, granuleuse, bourgeonnante sur les 5 derniers centimètres, mais d'aspect moins congestif. Le passage du rectoscope est plus facile et moins douloureux.

Sous l'influence du tréparsol et de lavements de rectoplasme l'amélioration continue mais la malade a une tendance très nette à la constipation, elle a une selle tous les deux jours avec légère colique et quelquefois un peu de sang. On adjoint alors au traitement antiamibien une prise d'un mélange à parties égales d'huile de ricin et de teinture de belladone.

Sous l'influence de cette thérapeutique, les selles sont régulières et non douloureuses.

La rectoscopie montre un aspect cicatriciel du rectum, la muqueuse sigmoïdienne est granuleuse et œdématisée avec quelques petites érosions. Le calibre du rectum est très nettement augmenté par rapport au premier examen.

Le traitement est poursuivi avec du tréparsol.

L'amélioration continue.

OBSERVATION N° XVII (*communiquée par le Docteur Gaston DURAND*).

M^{me} L..., 45 ans.

Il y a 20 ans en Tunisie, a eu une entérite aiguë, fébrile, avec glaires, membranes, peu de sang, ayant duré plusieurs mois, phase de rétention (sybales) et crise diarrhéique.

Série de petites crises reproduisant la crise initiale et durant de 2 à 3 mois, mais depuis 18 mois, *constipation opiniâtre* sans débâcles, (ne va à la selle qu'avec les laxatifs), quelquefois peaux dans les selles. Etat semblable à peu près permanent. Malade subfébrile 37°5-37°7.

Accuse surtout une *anémie intense avec asthénie, amaigrissement* (15 kilogs) a fait une cure à Châtel-Guyon en 1924 sans amélioration notable par la suite.

Une seule recherche de parasites a été faite il y a un an à Casablanca — elle est restée négative.

Actuellement il s'agit d'une femme très émaciée et amaigrie au teint terreux, tout le ventre est douloureux avec maximum dans la région solaire. Cæcum contractile, corde colique descendante. Foie diminué, rate non appréciable. Tension 10×6 au tachon. Pachycardie 120, tremblement léger des doigts.

Adressée au Docteur Baraduc à Châtel-Guyon avec demande d'examen corpologique après réactivation par des capsules de bile. On trouve alors de *très nombreux* kystes d'*Entamoeba histolytica*.

L'examen de sang pratiqué alors donne :

G. R. 6,169,000

G. B. 9,125

Hémoglobine 85 %

poly 53 dont 9 % d'*éosinophiles*

mono 43

forme de transition 4 %.

La malade a fait une cure à Châtel-Guyon et a pris du stovarsol. Elle rentre à Paris avec régularisation des selles, disparition des kystes dans celles-ci et diminution des douleurs.

Le traitement par le stovarsol sera continué.

Signalons en outre les observations antérieurement publiées par Ravaut et Charpin dans *La Gazette des Hôpitaux*, du 19 juin 1919: « Sur quelques cas d'amibiase méconnue », en particulier les observations V et VIII; les observations de Man.... 37 ans, de Poll... 33 ans et de R.... 38 ans, rapportées par Charpin dans sa thèse, aux pages 21 et 26; l'observation de Potherat, publiée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, de février 1911 et la très belle observation de Brun et Masselot, publiée dans le *Bulletin de la Société de*

Chirurgie, du 23 février 1921, rapportant un cas de sténose colique d'origine amibienne.

Ces observations sont fort différentes les unes des autres; à côté de cas de *recto-colite-hémorragique* ou *proliférante*, nous trouvons des cas de *typhlo-colite* ou de *diarrhée banale* par exemple, mais nous retrouverons dans chacune d'elles certains symptômes d'une façon constante.

Le début des accidents n'est généralement pas en rapport avec un commémoratif de contagion mais peut être rapporté à une fatigue (voyage) ou à un traumatisme local (opération, lavement). *Les douleurs* sont des « coliques » siégeant dans le bas-ventre avec paroxysmes tantôt à droite, tantôt à gauche, avec généralement prédominance dans la fosse iliaque gauche avec une anse sigmoïde spasmée et douloureuse.

L'amaigrissement est toujours marqué dès le début, souvent considérable.

Les selles sont molles, plus ou moins abondantes et moulées; ce sont des selles de colite, émises le matin au réveil (selles réveille-matin); la diarrhée n'est jamais très intense, il n'y a pas plus de quatre à huit selles par jour.

Tous les autres symptômes sont variables: *le ténesme*, *les épreintes* sont rares et se rencontrent exclusivement dans les formes rectales ou recto-sigmoïdiennes; *la constipation* est peu fréquente au début, on constate généralement une crise de gastro-

entérite suivie de constipation; elle peut cependant être primitive.

Les hémorragies sont variables, souvent on n'observe à aucun moment de selles sanglantes, parfois au contraire elles sont extrêmement abondantes et s'accompagnent d'une anémie intense.

L'émission de glaires, de pus est également très inconstante et sans caractères précis.

Mais ce sont là symptômes banaux de colite et selon leur intensité, la prédominance des uns ou des autres ils peuvent simuler des affections diverses, telles que l'on peut individualiser des formes de *colite avec constipation*, de *colite avec diarrhée* ou plus fréquemment de *fausse-diarrhée*, de *colite hémorragique* ou hémorragico-purulente; que l'on pourrait décrire des formes *sténosantes* avec ou sans réaction péricolitique ou péritonéale; des formes *exclusivement douloureuses* à type de « coélialgie ».

Le siège de la douleur et la présence de tel ou tel symptôme permet de différencier une *recto-sigmoïdite* représentant 90 % des cas d'amibiase intestinale chronique, d'une *typhlo-colite* ou d'une *colite du transverse*; enfin il est des formes très variables dans leur *évolution*: alors que certaines cèdent rapidement au traitement spécifique, d'autres, parmi les plus longtemps méconnues, sont éminemment tenaces, elles peuvent s'améliorer puis rechuter au moindre écart de régime ou à l'occasion d'un traumatisme ou du froid, mais finissent par guérir; d'autres enfin sont véritablement chroniques et il faut maintenir le malade sous l'action constante d'une médication spécifique.

Nous ne parlerons pas des troubles variables, tenaces, mais dont la nature ne semble plus être amibienne, qui se rencontrent chez d'anciens dysentériques et font de véritables « éclopés de l'intestin » ; ils ont été bien étudiés par Carles en particulier et sortent du cadre de notre étude.

Nous croyons devoir attacher plus d'importance aux formes « associées » dans lesquelles on rencontre, avec l'amibe, d'autres parasites : flagellés, amoeba-coli, bacilles dysentériques, bacilles typhiques ou para, spirilles, vers intestinaux, soit que ces parasites impriment à la maladie une allure spéciale et anormale, la « camouflant » véritablement, ou bien qu'ils soient capables de produire eux-mêmes un syndrome dysentérique, tels les lamblis, les trichomonas et parfois les spirilles, soit enfin qu'ils n'aient pour autre conséquence que de masquer par leur abondance la présence des amibes et de faire ainsi méconnaître la véritable nature de l'affection comme le firent les spirilles, ou les bacilles dysentériques par exemple, dans les cas rapportés par Ravaut et sur lesquels il a justement insisté à différentes reprises.

Mais il semble du reste, qu'en dehors des cas assez rares, de dysentérie à lamblis ou à trichomonas, on trouve derrière ces parasites les amibes qui seraient seules pathogènes.

D'où la nécessité de prolonger et de répéter les examens et de ne conclure à une dysentérie pure, non amibienne, qu'avec beaucoup de réserve.

Nous pensons que, même si aucun de ces parasites n'est véritablement pathogène, leur présence n'est pas sans importance. Outre qu'ils entretiennent des trou-

bles divers, souvent extrêmement tenaces, la fréquence avec laquelle certains auteurs Gählinger, Dekester et Melnotte, Lenoir et Deschiens et nous-mêmes avons retrouvé dans les formes les plus rebelles, associés à l'amibe dysentérique ou à ses kystes, des flagellés, en particulier des lamblias et des trichomonas, nous porte à croire que ces associations ne sont pas sans renforcer la résistance de l'amibe au traitement spécifique. Certains auteurs veulent voir dans ces associations la différence clinique qui existerait entre l'amibiase des pays chauds et celle des pays tempérés ou froids, alors que d'autres, tel Garin, pensent qu'elle serait due plutôt à la nourriture différente (bactéries) que l'amibe rencontre dans l'intestin sous les uns ou les autres de ces climats.

Il nous semble que l'amibiase est UNE cliniquement et si, dans les pays chauds en particulier, on rencontre plus de formes aiguës, cela est surtout vrai dans les milieux indigènes où les règles de l'hygiène sont presque complètement méconnues et la contagion très facile, mais parmi les Européens on observe des formes analogues à celles des climats tempérés.

En Annam par exemple, Couput et A. Léger signalent de nombreux cas d'amibiase qui ont été méconnus parce que se présentant sous forme d'un syndrome asthénique avec amaigrissement, anémie et un faciès caractéristique: nez pincé, yeux excavés, rappelant un peu le faciès péritonéal, que l'on mettait sur le compte de l'acclimatement. En réalité il s'agissait bien d'amibiase chronique latente, comme l'a prouvé l'examen des selles systématiquement pratiqué chez les Européens présentant ces symptômes.

Les observations de plus en plus fréquentes de localisation extra-intestinales de l'amibiase autochtone, que l'on considérerait comme l'apanage de la dysenterie des pays chauds, confirmeraient cette hypothèse que la différence que l'on a voulu établir entre la dysenterie autochtone et celle des pays chauds est bien artificielle.

DIAGNOSTIC.

LE DIAGNOSTIC de ces formes chroniques et anormales de colite amibienne ne peut être basé ni sur la recherche des antécédents étiologiques, ni sur l'étude des signes cliniques, ni sur l'évolution de la maladie et si l'on peut établir des présomptions à la suite de certaines constatations coprologiques ou rectoscopiques, fortifiées par les bons résultats de l'épreuve thérapeutique, seul l'examen microscopique et la constatation d'amibes pathogènes peut constituer une certitude. Nous étudierons donc successivement les renseignements que l'on est en droit d'attendre de la coprologie, de la rectoscopie et de la microbiologie et nous indiquerons les moyens de procéder à ces différents examens.

Coprologie. — L'état des selles est variable, tantôt dures, petites billes enrobées de mucus, de muco-pus et de sang, tantôt pâteuses, tantôt franchement liquides et revêtant le type, soit de la selle de fermentation, soit de la selle de putréfaction; mais il ne nous semble pas que l'on puisse attacher une grande importance à la constatation de tel ou tel schéma coprologique.

Cependant certains auteurs, et Goiffon en particulier, ont insisté sur le fait que les amibes se développent presque exclusivement dans les selles alcalines à flore iodophile abondante.

Dans ces selles on retrouve presque constamment du muco-pus en abondance, de la séro-albumine, des cellules épithéliales, des leucocytes et en particulier des leucocytes éosinophiles.

Dopter a montré également que dans la dysenterie bacillaire les leucocytes neutrophiles étaient plus nombreux et moins dégénérés que dans la dysenterie amibienne, mais que dans celle-ci on trouverait plus d'éosinophiles. Enfin pour Goiffon la constatation de cristaux de Charcot-Leyden serait presque pathognomonique.

Rectoscopie. — L'examen rectoscopique doit toujours être pratiqué, il renseigne sur l'état de la muqueuse recto-sigmoïdienne et permet de prélever du mucus ou des glaires que l'on examinera au microscope. Nous avons remarqué que dans les recto-sigmoïdites, alors que dans les selles on ne trouvait ni amibes, ni kystes, même après réactivation, l'examen d'un prélèvement intra-rectal révélait souvent la présence d'amibes vivantes. Le cas de l'observation XIV est typique à ce sujet, seul l'examen endoscopique a permis de découvrir des amibes dans l'exsudat. Pour que cet examen donne tous les résultats que l'on est en droit d'en attendre, nous conseillons de donner au malade, la veille au soir du jour où l'on se propose de faire l'examen, un lavement d'un litre d'eau bouillie tiède et le matin de l'examen, 4 heures avant, un

autre petit lavement de 500 gr. Dans ces conditions le rectum et le sigmoïde sont parfaitement propres, même en cas de selles pâteuses; le lavement a sans doute produit une légère irritation de la muqueuse, mais celle-là contribue probablement à l'élimination des amibes.

L'examen montre des signes d'inflammation; la muqueuse est tantôt sèche, tantôt râpeuse, dépolie, comme passée au papier de verre, tantôt recouverte de glaires ou de muco-pus, tantôt elle est violemment congestionnée, saignante, soit en nappe (type rectite érosive hémorragique), soit par points localisés correspondant à des ulcérations (type rectite ulcéreuse). Celles-ci sont des ulcérations superficielles, en coup d'ongle, bien caractéristiques, ou plus profondes, bourbillonneuses, nécrotiques ou même recouvertes d'une fausse membrane d'aspect diphtéroïde. Le calibre est généralement normal, parfois on note un peu de spasme au niveau de l'anus ou à l'origine du sigmoïde, ou bien un véritable rétrécissement dû à de la rectite proliférante avec de la périrectite qui capitonne le rectum. Parfois la muqueuse bourgeonne et peut simuler une véritable tumeur néoplasique.

Microbiologie. — La constatation de l'amibe ou de ses kystes étant le seul signe sur lequel doit être établi le diagnostic et par suite la thérapeutique à instituer, il importe de faire cet examen systématiquement en présence de toute colite suspecte et l'on comprend que l'on ne prenne jamais trop de précautions pour éviter les causes d'erreurs. Les physiologues sont d'accord

pour admettre qu'un examen de crachats négatif, n'infirme pas un diagnostic de tuberculose pulmonaire, mais que l'on doit faire des examens répétés, des homogénéisations et même recourir à l'inoculation au cobaye avant de rejeter ce diagnostic; pour l'amibiase chronique il doit en être absolument de même.

Tout examen, pour être complet, doit comporter: 1° la recherche des amibes vivantes dans les selles fraîches et le muco-pus prélevé dans le rectum au niveau d'une ulcération et après réactivation; 2° la recherche des kystes dans les selles après réactivation et enrichissement. Enfin les examens devront être répétés ou mieux prolongés pendant huit jours consécutifs.

Réactivation. — Il est classique de dire que le amibes vivantes se rencontrent dans les dysenteries aiguës et que les kystes sont l'apanage des formes chroniques. Nous croyons que dans les formes chroniques on peut trouver des amibes et des kystes. Au cours de nombreux examens il nous est arrivé de trouver des amibes dans le muco-pus rectal ou les glaires prélevés au cours d'une rectoscopie, alors que dans les selles on ne trouvait que des kystes. Quoiqu'il en soit, la réactivation nous paraît indispensable: 1° parce qu'elle semble amener la transformation du kyste, forme de résistance et insensible à l'émétine, en amibes mobiles beaucoup plus vulnérables; 2° parce qu'elle détermine une évacuation plus abondante du parasite sous l'une ou l'autre de ses formes et rend sa détermination plus facile.

De nombreuses méthodes ont été proposées, toutes visent à provoquer une poussée artificielle d'entérite.

On peut avoir recours aux lavements d'eau ordinaire, au lavement purgatif du codex, à un lavement à l'iodure de potassium, contenant 0 gr. 50 d'iode et 1 gr. d'iodure de potassium par litre d'eau bouillie, à un lavement à l'émétine, contenant de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 d'émétine pour 1 litre d'eau.

Nous avons eu souvent recours à une purgation, purgation saline de préférence.

Les sels biliaires ont été préconisés par Le Noir et Mathieu de Fossey. Il donnent 9 capsules de 0 gr. 20 d'extrait biliaire par jour, 3 à chaque repas, jusqu'à apparition d'une débâcle qui survient au bout de 3 à 5 jours. On peut employer également la choléine à la dose de 4 capsules par jour en augmentant de 2 capsules par jour jusqu'à obtention de selles liquides.

Mais la méthode la plus efficace est certainement l'injection intra-veineuse de 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de cyanure de mercure, c'est à elle que nous donnons notre préférence dans les cas où le diagnostic est douteux.

Prélèvement intra-rectal. — Nous conseillons de prélever des glaires au niveau d'une ulcération à l'aide d'un tampon monté imbibé de sérum physiologique tiède. Les amibes conservent ainsi toute leur vitalité et leur identification en sera très facilitée.

ENRICHISSEMENT DES SELLES. — Plusieurs méthodes ont été proposées découlant presque toutes de la méthode de Carles et Barthélemy procédant par tamisage et homogénéisation; dernièrement Sigalas et Pirot ont proposé une méthode simplifiée, ne nécessitant pas l'emploi d'une centrifugeuse.

Méthode de Carles et de Barthélemy. — Délayer 30 gr. de l'échantillon de selles à examiner dans 200 centimètres cubes d'eau physiologique formolé à 10 %.

Bien triturer pour avoir une émulsion homogène. Tamiser sur un carré de soie à bluter à 90 mailles au centimètre carré (n° 32). Centrifuger à 1800 tours pendant une minute. Décanter, puis diluer le culot de centrifugation avec la solution :

Acide citrique	12 gr.
Formol	2 cc.
Eau	86 cc.

Ajouter 1 à 2 cc. d'éther sulfurique. Dilacérer avec une baguette de verre la zone de séparation des deux liquides. Centrifuger 30 secondes à 1800 tours. Examiner le culot de centrifugation.

Méthode de Sigalas et Pirot. — Broyer la selle avec un agitateur dans 100 cc. d'eau ordinaire filtrée, et agiter jusqu'à obtention d'un liquide homogène. Filtrer sur toile métallique à grandes mailles. Laisser sédimenter le filtrat. Décanter. Recueillir le dépôt, verser sur ce dépôt 50 à 100 cc. de solution de chlorure de sodium saturée à froid, verser dans une conserve de Borrel jusqu'à ras-bord. Recouvrir d'une lame de verre de sorte qu'aucune bulle d'air ne s'interpose entre la lame et la surface du liquide. Laisser reposer 24 heures. Au bout de ce temps retourner brusquement la lame et recouvrir avec une lamelle. Tous les kystes ont adhéré à la lame que l'on porte sur la platine du microscope.

Répétitions des examens. — Même après réactivation, l'élimination des amibes et celles des kystes est

souvent intermittente comme dans les crachats celle des bacilles de Koch, par exemple, aussi doit-on, sans s'exposer à de graves erreurs, répéter les examens fréquemment, à de courts intervalles pendant plusieurs jours consécutifs. Le Noir et Deschiens conseillent, pendant 8 jours, laps de temps suffisant pour les vers intestinaux et les flagellés, mais qui ne permet pas toujours d'observer des kystes dysentériques ; aussi sera-t-il prudent de répéter ces examens pendant une seconde période de 8 jours après réactivation.

Examen Microbiologique. — Dans les selles fraîchement émises et les prélèvements de muco-pus intra-rectal, on recherche les amibes vivantes. Pour le prélèvement il est bon de procéder de la façon que nous avons indiquée. Pour les selles il est nécessaire de les recueillir dans un bassin propre, légèrement réchauffé et contenant un peu d'eau tiède, en évitant que l'urine ne les souille car les amibes meurent ainsi rapidement. On prélève ensuite avec l'anse de platine une parcelle de muco-pus ou de glaires que l'on étale sur une lame de verre légèrement réchauffée à la flamme d'un bec de gaz. On délaie dans 1 ou 2 gouttes de sérum physiologique tiède et on recouvre d'une lamelle.

On peut colorer la préparation à l'aide d'une goutte de bleu de métylène à 1 %, les amibes vivantes ne se colorent pas et tranchent plus nettement sur le fond de la préparation, mais la solution colorante tue rapidement les amibes.

On place la lame sur la platine d'un microscope. Si la température du laboratoire est un peu basse il est

bon de réchauffer de temps en temps la préparation. Si l'on n'a pas de platine chauffante on peut diriger sur la lame, à l'aide d'une poire de dentiste, un jet d'air chaud ou après avoir enlevé le condensateur, chauffer la lame avec une flamme (tampon d'ouate imbibé d'alcool).

L'amibe dysentérique se présente au faible grossissement comme une masse très réfringente de 25 à 50 mus. Au fort grossissement elle apparait comme une masse protoplasmique animée de mouvements amiboïdes nombreux, rapides et amples. Le protoplasme est nettement différencié en endoplasme, granuleux, rempli d'éléments étrangers (débris cellulaires, bactéries et surtout hématies) et pourvu d'un noyau central peu visible et en ectoplasme hyalin, plus clair, plus réfringent et constituant exclusivement les pseudopodes. Ces deux caractères : présence de pseudopodes nombreux et d'hématies phagocytées différencient nettement l'entamœba dysenteriae ou histolytica des autres variétés non pathogènes. Il y a lieu cependant de signaler deux variétés sous lesquelles l'entamœba peut se présenter, surtout fréquentes dans les formes chroniques et qui peuvent prêter à confusion.

La variété tétragéna est plus petite que la variété histolytica, elle a un protoplasme non différencié et n'est pas hématophage; elle ressemble en somme beaucoup à l'amœba-coli que certains auteurs, Garin en particulier, considèrent comme pathogène. Cette presque similitude explique peut-être les opinions diverses à ce sujet; seule l'identification de kystes d'entamœba tétragéna pourrait lever les doutes si l'on n'a pu constater l'aspect caractéristique, en forme de

roue dentée avec rayons convergents vers un caryosome « central » du noyau de tétragéna coloré par l'hématoyxline ferrique.

La variété minuta — ou nana — n'est pas acceptée par tous les auteurs; certains en font un type de tétragéna; Ravaut, Carles lui confèrent une individualité indiscutable et la considèrent comme pathogène. Nous-même avons retrouvé cette variété dans des formes chroniques très tenaces. Elle se présente comme une masse protoplasmique plus petite qu'un leucocyte, très réfringente, présentant un endoplasme granuleux, contenant quelques enclaves et un ectoplasme extrêmement clair et réfringent, constituant un ou deux pseudopodes, à mouvements paresseux.

Dans les cas où l'on n'aurait pu se procurer de selles fraîches ou trouver d'amibes vivantes, il faudrait rechercher les kystes d'*entamoeba dysenteriae*. Ceux-ci pouvant être rares, on devra opérer sur une assez grande quantité de selles que l'on aura pu conserver dans une solution formolée à 5 % et que l'on traitera par l'une des méthodes d'enrichissement précédemment indiquées. Le culot de centrifugation sera examiné au faible grossissement entre lame et lamelle et l'on pourra déjà apercevoir les kystes sous forme de boules réfringentes. On colore avec la solution de Lugol et l'on examine à l'immersion. Les kystes d'*entamoeba dysenteriae*, variété *histolytica* et tétragéna se présentent comme de petites sphères blanchâtres à doubles parois, contenant 1 à 4 noyaux et des petits bâtonnets réfringents: le chromidium. Leurs dimensions sont de 10 à 14 μ s.

Théoriquement ils se différencient nettement des kystes d'entamoeba-coli qui sont plus gros, ont de 15 à 20 mus, ont 8 noyaux ou davantage et ne contiennent pas de chromidium; mais en pratique il faut une grande habitude pour faire ce diagnostic et il est nécessaire d'avoir « déjà vu » les différentes variétés de kystes pour ne pas s'exposer à commettre d'erreurs.

En somme la constatation et l'identification des amibes mobiles est relativement facile et elle équivaut à une certitude, mais dans les formes chroniques que nous envisageons, tout en n'étant pas aussi rare qu'on l'admet généralement, elles peuvent faire défaut, alors la constatation de leurs kystes prend toute sa valeur, permet d'affirmer le diagnostic d'amibiase et d'instituer un traitement spécifique, mais elle est délicate et expose à des erreurs.

TRAITEMENT.

Le traitement des formes chroniques de l'amibiase est excessivement complexe; il y a lieu d'envisager un traitement anti-parasitaire et un traitement symptomatique et de les combiner l'un l'autre selon les renseignements fournis par l'évolution des signes cliniques, l'examen des selles et les constatations endoscopiques; et même lorsqu'ils seront tous devenus négatifs, il sera utile de les contrôler par l'épreuve du temps, car on ne peut jamais dire qu'un malade atteint d'amibiase est définitivement guéri.

Deux médicaments sont à la base de la thérapeutique spécifique de l'amibiase: l'émétine qui agit presque électivement sur les amibes vivantes et l'arsenic qui, au contraire, se montre particulièrement efficace

contre les kystes.

L'émétine, qui depuis la découverte de Rogers est le traitement de choix des formes aiguës, est insuffisante dans les formes chroniques; Chauffard, Rogers, Marchoux, Dopter ont montré qu'elle est sans action sur les kystes; il est donc inutile de commencer le traitement par une cure d'émétine seule, mais bien d'instituer d'emblée un traitement mixte éméтино-arsenical; de cette façon l'émétine est bien mieux supportée et l'adjonction du sel arsenical atténue les effets dépresseurs de l'émétine. On observe parfois un peu d'asthénie, d'amaigrissement, mais pas les accidents graves syncopaux, ni les névrites éméтинiennes, ni les troubles parétiques portant sur les membres inférieurs et se rapprochant de la névrite. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est administrée par voie veineuse, ainsi que le préconise Petzétakis. Cette thérapeutique est inutile dans les formes chroniques et de nombreux auteurs avec Bensaude, Cain et Rachet la jugent dangereuse. Nous n'en avons aucune expérience. Mais le gros inconvénient de l'émétine c'est que l'on peut observer chez certains malades de l'éméтино-résistance, se produisant chez des sujets insuffisamment traités par des doses trop faibles de 0 gr. 04 par exemple, comme l'a montré Garin et révélée par l'examen des selles qui ne montre pas la disparition des amibes le lendemain d'une injection de 0 gr. 08.

Le sel d'*arsenic* qui fut le premier employé avec succès par Milian est le novarsénobeñzol que l'on emploie selon la technique de Ravaut en injections intra-veineuses de 0 gr. 30 à 0 gr. 45 à raison de 1 piqûre tous les 4 jours, pendant 40 jours et des

injections intercalaires de 0 gr. 06 d'émétine.

Le novarsénobenzol peut, du reste, être employé en injections intra-veineuses à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 tous les 4 ou 8 jours, pendant 1 mois. Mais, ainsi administré dans les formes chroniques, le novarsénobenzol est souvent mal supporté et son action peu efficace. C'est alors que Ravaut eut l'idée de l'administrer par voie buccale sous forme de capsules en gélatine formolée ou sous forme de comprimés glutinisés à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour (narsénol, de la maison Poulenc).

En présence des excellents résultats obtenus par ce mode de traitement, Ravaut et Charpin généralisaient le traitement de l'amibiase chronique par la voie buccale et préconisaient l'emploi de l'iodure double d'émétine et de bismuth, déjà essayé en Angleterre par Dall, Low et Dobell et en France par Lebeuf. On le donne à la dose de 0 gr. 18 en trois fois pendant 12 jours consécutifs. Ces mêmes auteurs, en présence de certains cas d'intolérance de l'iodure double d'émétine et de bismuth, étudièrent une formule de pâte associant le charbon, l'ipéca et le bismuth, d'administration facile et pouvant rendre de grands services dans les formes avec diarrhée en lui incorporant 0 gr. 01 de poudre d'opium par cuillerée à café ou quelques gouttes de laudanum.

Elle est ainsi formulée:

Poudre de charbon végétal	}	aa 100 gr.
Poudre de sous-nitrate de bismuth		
Sirop simple		
Glycérine		
Poudre d'ipéca		4 gr.

On en donne 2 à 10 cuillerées à café par jour.

D'autres sels d'arsenic ont été proposés sans grand succès, seul l'*acetylarsan* semble être plus actif que le novarsénobenzol; Garin lui accorde une nette préférence surtout comme traitement d'attaque en association avec l'émétine. On l'administre en injections intra-musculaires ou sous-cutanées de 0 gr. 75 tous les 2 jours, puis tous les 8 jours; il serait indolore et très bien supporté.

Mais ces derniers temps, l'introduction de deux nouveaux composés arsenicaux, le *stovarsol* et le *tréparsol*, grâce à leur action antiparasitaire, a considérablement renforcé notre arsenal contre les amibiases chroniques.

Le *stovarsol* semble agir sur les parasitoses associées autant que sur l'amibiase sans cependant devoir être considéré avec Marchoux comme une panacée. Différents auteurs en ont obtenu d'excellents résultats soit seul, soit associé à l'émétine; nous l'avons maintes fois employé avec succès sans jamais constater d'accidents comme en signale Cain, ni d'érythèmes comme ceux que rapportent R. et M. Montel.

Le *tréparsol* a été moins étudié jusqu'ici; Flandrin en aurait obtenu de bons résultats, nous l'avons encore très peu employé.

Le *stovarsol* et le *tréparsol* s'emploient à la dose de 0 gr. 50 par jour, soit 2 comprimés pendant 5 jours, alternant avec des périodes de repos de 5 jours. Certains auteurs les donnent par périodes de 10 jours avec 5 ou 10 jours de repos.

Mais les formes chroniques de l'amibiase sont si décevantes qu'il faut varier souvent la thérapeutique,

employer tour à tour les arsenicaux, l'émétine, le bismuth et même avoir recours à une médication accessoire: à l'ipéca, sous forme de pilules de Segond ou selon la vieille méthode de « l'ipéca à la brésilienne », au simarouba, à l'amibiasine, préparation à base de garcinia qui se donne à la dose de 4 à 10 cuillerées à café par jour.

Le traitement symptomatique. — S'adressera à tous les accidents intestinaux variés, reliquats de la parasitose ou entretenus par elle; il a une importance capitale surtout dans les formes qui ont été longtemps méconnues.

C'est surtout dans le traitement local que l'on trouvera un adjuvant précieux de la médication spécifique, mais en présence de la toxicité des médicaments souvent employés par cette voie leur emploi devra toujours être contrôlé par des examens rectoscopiques. On avait beaucoup espéré des grands lavages intestinaux, de l'appendicostomie, mais ils sont plus nuisibles qu'utiles en présence d'une muqueuse si facilement irritable, de même que l'irrigation continue à l'aide d'un tube analogue à celui employé pour le tubage duodénal et récemment préconisée par Einhorn.

On a plutôt cherché à porter localement des agents thérapeutiques, antiseptiques comme l'eau oxygénée, le bleu de méthylène, la liqueur de Labarraque, le collargol ou kératinisants comme le nitrate d'argent, soit portés directement sur la lésion, sous le contrôle du rectoscope, comme Friedel le préconisait, soit en lavements en suspension aqueuse ou incorporés à des principes mucilagineux.

Dans les formes hémorragiques et ulcéreuses le

nitrate d'argent donne de bons résultats à la dose de 0 gr. 50 pour un demi-litre d'eau. On peut également employer le novarsénobenzol, soit en lavements, à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 dissout dans 50 centimètres cubes d'eau avec addition de quelques gouttes de laudanum, comme le conseille Ravaut, ou bien sous forme de pansement local selon la méthode de Tailandier et l'incorporant à un mucilage; « on délaye 10 grammes de corréine dans 500 grammes d'eau à 40°. Pendant que le mélange épaissit on lui incorpore 10 gr. de carbonate de bismuth et de 0 gr. 30 à 1 gr. de novarsénobenzol préalablement dissout dans quelques centimètres cubes d'eau ».

Cette émulsion est introduite à l'aide d'un bock ou d'une seringue de Guyon. Avec Gaston Durand nous avons utilement adjoint à ce mélange de l'oxyde de zinc (5 gr.), du carbonate de chaux (10 gr.) ou remplacé le carbonate de bismuth par du dermatol.

Par contre les lavements d'ipéca sont trop irritants et les pansements rectaux, gélosé et émétine préconisés par Carnot doivent leur être préférés.

Aine, se référant aux excellents résultats obtenus par Delbet et ses élèves dans les plaies de guerre avec le chlorure de magnésium, s'est toujours bien trouvé de lavements de 500 gr. administrés goutte à goutte et contenant 0 gr. 75 de chlorure de magnésium et 0 gr. 75 de bicarbonate de soude.

Le chlorure de calcium à la dose de 4 à 10 gr. peut être utile dans les fortes hémorragiques ainsi que la férripyrine en solution à 5 ou 10 %.

Ces derniers temps, on a beaucoup prôné l'emploi de colorants synthétiques tels le violet de gentiane,

et l'acriflavine neutre (gonacrine, de Poulenc), qui auraient donné en Amérique des résultats remarquables. Jusqu'ici, nous n'avons pas observé qu'ils se soient montrés supérieurs aux autres traitements, sauf peut-être sur les troubles subjectifs comme le fait remarquer Savignac.

Enfin on pourra utilement adjoindre à cette médication locale le kho-sam (4 à 12 amandes par jour).

Dans la forme diarrhéique toutes les médications habituelles des diarrhées pourront être employées, en particulier la salicaïrine à la dose de IV à CL gouttes par jour et le bismuth, mais à doses suffisantes pour amener même un léger état de constipation (5 à 10 grammes de carbonate ou de sous-nitrate de bismuth, 3 à 5 gr. de dermatol).

Le sulfate de soude, recommandé depuis longtemps par Mathieu dans les diarrhées chroniques, donne d'excellents résultats à la dose de 1 à 5 gr., seul ou associé à des petites doses d'opium.

Mais les diarrhéiques chroniques sont surtout justiciables d'une diététique appropriée. Le régime ne devra pas être trop sévère chez ces malades déjà anémiés, et en dehors des poussées aiguës on se contentera d'interdire les aliments particulièrement irritants comme les crudités ou les aliments à gros déchets cellulósiques ou facilement putréfiables ou fermentescibles. Beaucoup de ces colites aboutissent en effet à la diarrhée par fermentation que l'on combattra par un régime sévère à base de bouillie ou farine maltée, manioc, féculé, tapioca, riz, confiture de myrtilles, gelée de groseille et en interdisant sévèrement les œufs et les graisses cuites.

La forme avec constipation est de beaucoup la plus tenace de toutes les colites amibiennes et celle dont la thérapeutique est la plus décevante. Après des périodes de mieux apparent on voit survenir une constipation opiniâtre qui ne cède ni aux laxatifs huileux (huile de parafine, huile de ricin), ni aux laxatifs mucilagineux (corréine, graine de lin, semences de psyllium), puis survient une débâcle diarrhéique avec crise douloureuse. On pourra dans ces cas, utiliser les lavements huileux, les lavements à base de mucilage (corréine) et de différentes poudres comme adjuvants des laxatifs et des antispasmodiques. Nous nous sommes bien trouvés dans ces formes de l'association : huile de ricin et sirop de belladonne à parties égales, dont on peut donner 2 à 4 cuillères à café le soir au coucher.

Dans tous les cas, il faudra prescrire un régime lacto-fructo-végétarien et l'on interdira les aliments trop exclusivement farineux.

La forme douloureuse, souvent associée aux formes précédentes, résulte de la participation du péritoine ou des épiploons au processus dysentérique, elle en est souvent l'aboutissant et se présente plutôt dans les séquelles de l'amibiase.

Contre ces formes douloureuses, on prescrira le repos au lit, surtout pendant les périodes aiguës, comme le malade de l'observation XI dont les douleurs ne disparaissaient que dans la station allongée; on calmera les « coliques » par des compresses humides chaudes en permanence, enfin on pourra avoir recours à la diathermie.

Mais ces formes sont particulièrement justiciables du *traitement thermal*; on les enverra à Plombières ou à Nérès: à Nérès les antéralgiques simples, à Plombières les constipés douloureux et les diarrhéiques avec spasme.

Mais les autres formes de colite amibienne chronique sont également justiciables des cures hydro-minérales pourvu qu'elles ne présentent plus de lésions ulcéreuses en activité et que l'on ne soupçonne pas une complication aiguë de l'amibiase (Absès du foie, abcès du poulmon...).

Plombières et Châtel-Guyon se partagent le traitement de ces colites; les constipés, sauf les douloureux, les malades atteints d'insuffisance glandulaire, ceux atteints d'insuffisance motrice ou sécrétoire ou hépatique seront envoyés à Châtel-Guyon; par contre, on enverra à Plombières tous ceux chez qui prédominent les phénomènes douloureux et spasmodiques, ainsi que les diarrhéiques de tout ordre. Enfin on pourra compléter ces cures chez les malades ayant eu une atteinte du foie ou présentant des troubles gastriques par une saison à Vichy.

Quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve, le traitement devra être continué pendant longtemps, tant le traitement symptomatique que le traitement antiparasitaire; on se souviendra que l'on a affaire à une affection à protozoaires et que, comme dans la syphilis ou le paludisme, il est bien difficile d'affirmer la guérison de l'amibiase.

On devra donc prescrire des cures d'entretien, espacées il est vrai, mais poursuivies pendant de longues années, et si sous une influence quelconque on voit

survenir chez un ancien amibien des troubles colitiques même légers, il faut se souvenir que la maladie peut être restée latente et instituer un traitement approprié. Ce sont ces anciens dysentériques « véritables porteurs de germes » qu'il faut systématiquement dépister et traiter; c'est à cette seule condition que l'on évitera les rechutes et la diffusion d'une affection fréquente en France mais encore trop souvent méconnue.

CONCLUSIONS.

I. — En présence d'une colite chronique, résistant aux médications habituelles, il faut toujours penser à l'amibiase.

II. — Le diagnostic d'amibiase ne devra pas être subordonné à la constatation du syndrome dysentérique, pendant une période, si courte soit-elle, mais appuyé sur des examens coprologiques, rectoscopiques et microbiologiques.

III. — Le diagnostic d'amibiase ne devra être écarté que si les examens faits en série et après réactivation n'ont décélé ni amibes ni kystes et si l'épreuve du traitement elle-même s'est montrée négative.

IV. — La présence d'amibes vivants est très fréquente dans les formes chroniques de l'amibiase et le traitement devra toujours être dirigé contre elles et contre les kystes.

V. — Le traitement devra être à la fois antiamibien et symptomatique et dirigé en ayant toujours présent à l'esprit à la fois l'extrême sensibilité de la muqueuse et l'extrême résistance du parasite.

VI. — La guérison clinique devra être entretenue par des cures régulières, poursuivies pendant longtemps, car il est toujours difficile d'affirmer d'avoir véritablement stérilisé un sujet atteint d'amibiase.

Vu : Le Président de Thèse,
VAQUEZ.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — « Dysenterie » in *traité Sergent, tome XIV*.
- AINE. — « Le traitement médicamenteux et thermal des séquelles intestinales de l'amibiase ». *Journal médical français*, mai 1921.
- Ch. ANDERSON. — « Sur quelques entérites particulières présentées comme des dysenteries ». *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 14 mai 1924.
- ARDIN-DELTEIL, René AZOULAY et SALLES. — « Polynévrite émétinique ». *Société médicale des hôpitaux*, 27 avril 1923.
- BARTHÉLEMY. — « Essai de coprologie microscopique ». (Vigot).
- BARTHÉLEMY. — « Les procédés d'enrichissement des selles en coprologie ». *Journal médical de Bordeaux*, septembre, 1917.
- BAUDIN. — « Dysentérie amibienne autochtone ». *Thèse de Lyon*, 1912.
- BENSAUDE. — « La recto-sygmöïdoscopie ». *Journal médical français*, 15 octobre 1912.
- BENSAUDE et Ed. ANTOINE. — « Les colites et recto-colites graves non dysentériques ». *Gazette des hôpitaux*, 21 février 1920.
- BENSAUDE, CAIN et RACHET. — « Les injections intra-veineuses de chlorhydrate d'émétine dans le traitement de la dysenterie amibienne ». *Société médicale des hôpitaux*, mai 1924.
- BEROS, JOBARD, VENDŒUVRE. — « Rapport sur l'amibiase au Maroc. Les premières journées médicales marocaines ». *Maroc médical*, 15 janvier 1925.
- BLOCH, (Marcel). — « L'amibiase suraiguë ». *Société médicale des hôpitaux*, 17 novembre 1916.

- BLOCH et MATTEL. — « L'amibiase sur le front français centre-est ». *Annales de médecine*, N° IV, 1918.
- BOBILLIEN. — « Dysenterie amibienne chez les tout jeunes enfants ». *Thèse de Paris*, 1913.
- BOUCHUT et BONAFÉ. — « Amibiase intestinale à forme diarrhéique méconnue ». *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 6 mars 1923.
- BRAILOWSKY. — « L'examen rectoscopique et radiologique dans les dysenteries ». *Thèse de Paris*, 1917-1918.
- BRISAUD, MOUTIERS et BENSAUDE. — « Maladies de l'intestin in *traité Sergent*, tome II.
- BRUMPT. — « Précis de parasitologie ». *Masson*, 1922.
- BRUN et MASSELOT. — « Sténose colique d'origine amibienne ». *Société de chirurgie*, 23 février 1921.
- CADE et VAUCHER. — « Amibiase dysentérique autochtone; trois cas d'abcès du foie ». *Société médicale des hôpitaux*, 30 juin 1916.
- CADE et RIGAL. — « Dysenterie amibienne infantile autochtone ». *Société médicale des hôpitaux de Lyon, in Lyon médical*, N° 7, 10 avril 1922.
- CARLES et FROUSSARD. — « Les reviviscences de la dysenterie amibienne ». *Progrès médical*, 5 décembre 1916.
- CARLES et FROUSSARD. — « Lésions recto-coliques de la dysenterie amibienne, leur étude sur le vivant par l'examen recto-sygmœïdoscopique. *Presse médicale*, 15 mars 1917.
- CARLES et BARTHÉLEMY. — « Procédé spécial d'hétérogénéisation et de tamisage pour la recherche des kystes dysentériques dans les selles ». *Société biologique de Paris*, 21 avril 1917.
- CARLES et BARTHÉLEMY. — « Les procédés d'enrichissement des selles en coprologie. *Journal médical de Bordeaux*, septembre 1917.
- CARLES et BARTHÉLEMY. — « La recherche des kystes dysentériques ». *Paris-médical*, 1^{er} décembre 1917.
- CARLES et BARTHÉLEMY. — « L'examen des selles de la dysenterie amibienne ». *Archives de médecine expérimentale*

- mentale et d'anatomie pathologique*, tome XXVII, décembre 1917.
- J. CARLES. — « La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de guerre ». *Vigot*, 1918.
- J. CARLES. — « Dysenterie amibienne chronique et iodure double d'émétine et de bismuth ». *Paris-Médical*, 7 décembre 1918.
- J. CARLES. — « Les entérites chroniques de guerre, leur diagnostic, leur traitement ». *Presse médicale*, 10 février 1919.
- J. CARLES. — « Les entérites chroniques consécutives aux dysentéries ». *Journal médical français*, août 1919.
- J. CARLES. — « L'avenir des dysentériques amibiens ». *Journal médical français*, mai 1921.
- CAUSSADE et JOLTRAIN. — « Un cas de dysenterie amibienne avec abcès du foie d'origine parisienne ». *Société médicale des hôpitaux*, 15 février 1917.
- CARNOT et TURQUETY. — « Les maladies d'importation exotique depuis la guerre ». *Paris-Médical*, 1^{er} décembre 1917.
- CARNOT, HARVIER, LARDENNOIS. — « Les colites ». *Collection Horizon*.
- CHARPIN. — « L'amibiase chronique en France ». *Thèse de Paris*, 1919.
- CHAUFFARD. — « La dysenterie amibienne chronique ». *Presse médicale*, 14 mai 1913.
- CHAUFFARD. — « Les rechutes dans la dysenterie amibienne ». *Bulletin médical*, 13 décembre 1913.
- CHAUFFARD. — « Exposé des titres et travaux scientifiques ». (*Masson*, 1918.)
- DECROCK. — « Contribution à l'histoire du traitement de l'amibiase intestinalé ». *Thèse de Montpellier*, 1920.
- DEKESTER et P. MELNOTTE. — « Fréquence des flagellés dans les dysenteries amibiennes au Maroc ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, N° 4, 9 avril 1924.
- P. DELANOE. — « Un cas de dysenterie amibienne grave

- traité par le stovarsol ». *Maroc-Médical*, N° 17, 15 mai 1923 et *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, février 1924.
- DOPTER. — « Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France ». *Société médicale des hôpitaux*, 28 octobre 1904.
- DOPTER. — « Les dysenteries. Etude bactériologique ». *Doin*, 1909.
- DOPTER. — « Les dysenteries, épidémiologie, anatomo-pathologie, clinique et thérapeutique ». *Doin*, 1910.
- DOPTER. — Emploi du stovarsol à titre préventif dans l'amibiase ». *Presse médicale*, 7 juin 1924 et *Société de pathologie exotique*, 9 juillet 1924.
- DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et VILLERVAL. — « Dysenterie amibienne autochtone à forme surrénale ». *Réunion médicale de la IV^e Armée*, 28 décembre 1916.
- Gaston DURAND. — « L'acriflavine dans le traitement des colites ulcéreuses chroniques ». *Société de gastro-entérologie*, 12 janvier 1925.
- Gaston DURAND. — « Le novarsénobenzol dans le traitement local des recto-colites ulcéreuses. — *Société de thérapeutique*, 11 février 1925.
- Max HEINHORN. — « On agar as a vehicle in Intestinal therapeutics ». *American Journal Medical Sciences*, février 1922.
- Max HEINHORN. — « Chronic ulcerative colitis and its treatment ». *New-York Medical Journal*, 21 février 1923.
- FAROY. — « Les faux gastriques d'origine intestinale ». *Presse Médicale*, N° 30, 1918.
- FAROY. — « Le traitement hydro-minéral des colites ». *Progrès médical*, 19 juillet 1924.
- N. FIESSINGER. — « Les diagnostics biologiques en clientèle ». (*Maloine*).
- C. H. FLANDIN. — « La recto-colite sèche d'origine amibienne, son traitement par le chlorhydrate d'émétine ». *Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1914.

- C. H. FLANDIN. — « Le dérivé formylé de l'acide métaminoparaoxyphénilarsonique (Tréparsol) dans le traitement de l'amibiase ». *Société médicale des hôpitaux*, 21 novembre 1924.
- FRANÇON. — « Les hépatites amibiennes aiguës abortives ». *Thèse de Paris*, 1919.
- FRANÇON et ODDO. — « L'émétine dans le traitement de l'amibiase ». *L'hôpital*, mars 1920.
- FRANÇON et J. HUTINEL. — « Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement ». *Gauthiers-Villars*, 1923.
- FUCHS et BOUCHET. — « Une petite épidémie d'amibiase sur le front ». *Presse médicale*, 6 août 1917.
- FONTANEL et MILISCHER. — « Trois cas de dysenterie amibienne ancienne et tenace guéris par le stovarsol ». *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 30 octobre 1923.
- GARIN et LÉPINE. — « Etude de 208 cas d'amibiase recueillis dans la région lyonnaise; thérapeutique arsenicale ». *Presse médicale*, 22 novembre 1924.
- Ch. GARIN. — « Le traitement médical de l'amibiase ». *Journées médicales marocaines, Maroc Médical*, 15 janvier 1925.
- R. GAULTER. — « Précis de coprologie clinique (Baillière).
- GILLOT, SARROUY et BURE. — « Pseudo-tuberculose d'origine amibienne ». *Société médicale d'Alger*, 21 juin 1924.
- GIRAULT. — « Colites dysentériques. Réunion médicale IV^e armée. *Presse médicale*, 3 avril 1916.
- GIROUX. — « A propos des diarrhées ». Réunion médicale IV^e armée. *Presse médicale*, 6 janvier 1916.
- GOIFFON. — « Manuel de coprologie clinique ». *Masson*.
- GOIFFON. — « Entérites chroniques et coprologie ». *Presse médicale*, 2 mai 1918.
- GOIFFON. — « Coprologie des colites ». *Presse médicale*, 26 avril 1924.
- R. M. GORDON. — The treatment of the amœbic dysen-

- tery ». *Annales of tropical medicine ant parasitology*, Volume 17, N° 3, 13 octobre 1923.
- GUYLIELMETTI. — « La toxicité du chlorhydrate d'émétine ». *Presse médicale*, 24 janvier 1918.
- IZAR. — « Amibiase latente de forme cachectisante ». *Riforma Médica*, Naples, N° 4, 22 janvier 1921.
- IZAR. — « Amibiase latente et chronique de forme rare ». *Il Policlinico*, Rome, 11 juillet 1921.
- E. JEANSELME et Ed. RIST. — « Précis de pathologie exotique ». *Masson*, 1909.
- JOB. — « Un cas de dysenterie amibienne autochtone ». *Société médicale des hôpitaux*, 15 octobre 1915.
- JOB et HIRTZMANN. — « L'amibe dysentérique ». *Société médicale des hôpitaux*, 21 juillet 1916.
- JOB et HIRTZMANN. — « Note sur quelques symptômes observés au cours de la dysenterie amibienne ». *Société médicale des hôpitaux*, 13 octobre 1916.
- KELSCH et KEINER. — « Maladies des pays chauds ». (*Baillière*, 1889).
- LACAGNE. — « Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 20 juin 1914.
- LANDOUZY et DEBRÉ. — « Les porteurs de germes importateurs de maladies exotiques, en particulier de la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 25 mars 1914.
- GUY LAROCHE. — « Le chlorhydrate d'émétine, toxicité, posologie, indications thérapeutiques ». *Journal médical français*, mai 1921.
- A. LAUTMANN. — « Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire ». *Thèse de Paris*, 1923.
- LEBCEUF. — « Le traitement de l'amibiase intestinale par l'iodure double d'émétine et de bismuth ». *Presse médicale*, 9 juillet 1917.
- H. LEGRAND. — « Abscès amibiens de la plèvre, du poumon et du cervelet sans dysenterie clinique et sans abcès du foie ». *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1920.
- LEMAIRE, DUMOLLARD, LE GENISSEL et GRUNY. — « Abscès

- amibiens du poumon, guérison par l'émétine ». *Société de médecine d'Alger*, 10 mai 1924.
- LE NOIR et MATHIEU DE FOSSEY. — « Epreuve biliaire pour le diagnostic et le traitement de la dysenterie amibienne ». *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, juillet 1922.
- LE NOIR et DESCHIENS. — « Action antiparasitaire du carbonate de bismuth à doses massives dans certaines infestations vermineuses ou à protozoaires du tube digestif ». *Société de gastro-entérologie*, 8 octobre 1923.
- LE NOIR et DESCHIENS. — « Etude statistique concernant les infestations parasitaires du tube digestif à Paris ». *Archives des maladies de l'appareil digestif*, avril 1924.
- LESAGE et BOBILLIEN. — *La pédiatrie pratique*, 15 novembre 1913.
- LESNÉ et RAMOND. — *Société de pédiatrie*, mai 1919.
- R. LEVENT. — « Les accidents de l'émétine ». *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1925.
- LIBERT. — « Contribution à l'étude du tube duodéal ». *Thèse de Paris*, 1924.
- LINOSSIER. — « La diarrhée prandiale ». *Archives des maladies de l'appareil digestif*, N° 3, 1908.
- LOEPER. — « In Debove Achard, Castaigne ». Manuel des maladies du tube digestif. *Masson*.
- LOEPER. — « Leçons de pathologie digestive », 4^e série. La coëliergie des dysentériques.
- LOEPER. — « Les entéro-nevrites ». *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, mars 1919.
- LOEPER. — « Entéro-névrite et arythmies de l'intestin ». *Journal médical français*, juin 1919.
- M. MAC ADAM. — « Treatment of entamœba histolytica infection ». *Indian Journal of Medical Research*, volume 6, N° 3.
- P. MANSON. — « Maladies des pays chauds ». *Traduction chez Masson*, 1908.

- MANSON-BAHR. — « Abcès amibiens du poumon guéris par l'émétine ». *The Lancet*, 22 septembre 1923.
- MARCHOUX. — « Traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 16 février 1923.
- MARCHOUX. — « Action du stovarsol sur le parasitisme intestinal ». *Paris-Médical*, 22 novembre 1924.
- MARSHALL. — « A case of amœbic dysentery occurring in a man who had never been out of Scotland ». *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, avril 1912.
- MATHIS. — *Traité de pathologie exotique de Grall et Clarac*, tome IV.
- MATHIS et MERCIER. — « Identification des kystes des entamibes intestinales de l'homme ». *Presse médicale*, 22 juin 1907.
- MATHIS. — « Rapports sur l'amibiase ». *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, 8 juillet 1913 et 19 avril 1914.
- MATHIS et MERCIER. — « L'amibe de la dysenterie ». *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 15 novembre 1916.
- MATHIS et MERCIER. — Note. *Société de biologie*, 20 octobre 1917.
- MATHIS. — « Les difficultés de la recherche et de la diagnose des entamibes intestinales ». *Paris-Médical*, 17 mai 1919.
- MATTEI et BLOCH. — « Aspect des selles dans les formes atypiques de la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 8 février 1917.
- MATTEI. — « Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux chez les soldats en campagne ». *Paris-Médical*, 17 mars 1917.
- MATTEI et RIBON. — « Note sur l'élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme ». *Société de biologie*, 10 novembre 1917.
- MAUTÉ. — « Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 26 octobre 1916.
- A. DU MEY. — « Deux composés de l'émétine pouvant ren-

- dre service dans l'amibiase ». *Philippine Journal of Tropical Medicine*, janvier 1915, volume 2.
- MILIAN. — « Disparition des amibés par une injection de néo-salvarsan chez un syphilitique atteint d'amibiase ». *Société médicale des hôpitaux*, 4 décembre 1913.
- R. MONTEL. — « Adénopathies iliaques primitives chez des Anamites de Cochinchine, guérison par le chlorhydrate d'émétine ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 9 janvier 1924.
- MOURIQUAND et DEGLOS. — « L'entérite des amibiens ». *Paris-Médical*, 1^{er} décembre 1917.
- V. P. MUHLENS und W. MENK. — « Behandlungsversuche der kronischen amöbenruhr mit « yatren ». *Münchener Medical Wochenschrift*, volume 68, p. 802, 1921.
- MUTTER et RIBON. — « Note sur l'élimination du chlorhydrate d'émétine chez l'homme ». *Société de biologie*, 12 novembre 1917.
- NOGUE et LÉGER. — « Traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, N° 7, juillet 1923.
- ORTICONI et AMEUILLE. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1915.
- ORTICONI. — « Dysenterie amibienne autochtone ». *Académie de Médecine*, 4 mars 1916.
- ORTICONI et NEVEU. — « Sur l'étiologie de quelques diarrhées et dysenteries rebelles ». *Société de pathologie exotique*, 10 mai 1916.
- ORTICONI et GOZZOLA. — « Entérite dysentérique à amœba coli ». *Presse médicale*, 6 décembre 1922.
- H. PAILLARD. — « L'amibiase autochtone en France ». *Journal médical français*, mai 1921.
- PAISSEAUD et HUTINEL. — « Hépatite amibienne chronique ». *Annales de Médecine*, mai 1919.
- PANAYOTATOU (Mme). — « Quelques cas d'amibiase extra-intestinale ». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, N° 3, 12 mars 1924.

- PAVIOT et GARIN. — « Etude sur la dysenterie amibienne autochtone ». *Journal de pathologie et physiologie générales*, mars 1913.
- PETZETAKIS. — « Traitement systématique de l'amibiase par les injections intraveineuses d'émétine ». *Presse Médicale*, 27 août 1924.
- PETZETAKIS. — « Le stovarsol dans la crise aiguë de la dysenterie amibienne, la lambliose et autres parasitoses intestinales. Son action préventive probable contre l'infection amibienne ». *Presse Médicale*, 7 mars 1925.
- PISSAVY, BREGER et CHABRUN. — « Amibiase pulmonaire ». *Société médicale des hôpitaux*, 27 juillet 1923.
- POTHERAT. — « Abscès amibiens du foie et du poumon. Métastase cérébrale ayant entraîné la mort. Dysenterie nostras ». *Bulletin de la Société de chirurgie*, février 1911.
- RALLI. — « L'amibiase intestinale en Egypte; remarque clinique et thérapeutique ». *Archives des maladies de l'appareil digestif*, tome 13, 1923.
- L. RAMOND, DENOYELLE et LAUTMANN. — « Amibiase pulmonaire pure sans abcès du foie ». *Société médicale des hôpitaux*, 10 mai 1923.
- RATHERY et FOURNIOLS. — « Quelques réflexions concernant le traitement des dysenteries ». *Société médicale des hôpitaux*, 4 février 1916.
- RATHERY et BISCH. — « Abscès du foie et diarrhée des tranchées ». *Académie de Médecine*, 4 mars 1916.
- BATHERY. — « Colites ulcéreuses et proliférantes paratyphoïdiques ». *Paris Médical*, 15 juillet 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Epidémie de dysenterie amibienne avec présence dans quelques cas de bacilles dysentériques — rôle tout à fait secondaire de ce bacille — traitement de la dysenterie amibienne par l'arsénobenzol ». *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 octobre 1915.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Pourquoi nous avons failli

- méconnaître la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 17 avril 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Sur quelques cas de dysenterie amibienne autochtone observés au cours de la petite épidémie de la région du Nord ». *Société médicale des hôpitaux*, 9 juin 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Les kystes amibiens, importance de leur recherche dans le diagnostic et la pathogénie de la dysenterie amibienne ». *Presse médicale*, 3 juillet 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « L'emploi du novarsénobenzol dans le traitement de la dysenterie amibienne ». *Société de pathologie exotique*, 12 juillet 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Les états dysentériques et les dysenteries au cours de la guerre ». *Revue générale de pathologie de guerre. Vigot*, 1916.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Le traitement mixte de la dysenterie amibienne par les cures émétino-arsénicales ». *Paris Médical*, 6 janvier 1917.
- RAVAUT. — « L'amibiase chronique en France à la fin de 1916 ». *Presse médicale*, 8 février 1917.
- RAVAUT et KROLUNITSKY. — « Quelques notions de technique rapide sur la recherche microscopique des amibes et de leurs kystes ». *Presse médicale*, 28 juin 1917.
- RAVAUT. — « L'amibiase en France depuis la guerre ». *Réunion de la Croix-Rouge américaine*, 19 avril 1918.
- RAVAUT. — « Syphilis, Paludisme, Amibiase ». *Collection Horizon*.
- RAVAUT et CHARPIN. — « Recherche sur le traitement mixte de l'amibiase intestinale chronique par la voie buccale. *Paris-médical*, 16 août 1919.
- RAVAUT et CHARPIN. — « L'amibiase en France pendant la guerre ». *Journal médical français*, août 1919.
- RAVAUT. — « L'ulcus colique d'origine amibienne ». *Revue médicale française*, mai 1921.
- RAVAUT. — « Quelques réflexions à propos de l'amibiase

sous nos climats. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 novembre 1924.

RAYAUT. — « Le traitement préventif et curatif de l'amibiase par les composés arsenicaux administrés par la voie buccale ». Journées médicales marocaines. *Maroc-médical*, 15 janvier 1925.

REMLINGER et DUMAS. — « La diarrhée, dite de tranchée ». *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 mai 1915.

REMLINGER et DUMAS. — « La dysenterie de l'Argonne ». *Annales de l'institut Pasteur*, octobre 1915.

RICALDONI y BERTA. — « La dysentéria amibiana en el Uruguay. *Anales de la Facultad de Medicina Montevideo*, 1916.

RICHET, Fils. — « Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée ». *Société médicale des hôpitaux*, 10 décembre 1916.

RIST et ROLLAND. — « Un cas d'amibiase hépatique autochtone. Réunion médicale de la VI^e Armée ». *Presse médicale*, 31 janvier 1916.

RIVES et HUET. — « Abscess sous-phrénique d'origine hépatique par dysenterie amibienne des tranchées mécon nue. Réunion médico-chirurgicale de la I^{re} Armée ». *Presse médicale*, 17 août 1916.

ROMIEU. — « La toxicité et l'emploi thérapeutique du chlorhydrate d'émétine ». *Thèse de Montpellier*, 1919.

J.-CH. ROUX. — « Note sur quelques entérites a flagellés ». *Société de gastro-entérologie*, 13 octobre 1924.

Sir RONALD ROSS. — « The treatment of dysentery ». *The Lancet*, tome I, 1916.

ROUSSEL, BRULÉ, BARAT et MARIE. — « Les associations de l'amibe et des bacilles dysentériques ». *Société médicale des hôpitaux*, 25 février 1916.

RUBENTHALER et JAUSION. — « Traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol ». *Paris-médical*, N^o 23, 1924.

SACQUEPEE, BURNET et WEISSENBAACH. — « Recherches sur

- les diarrhées et dysenteries en campagne ». *Paris-médical*, 24 juillet 1915.
- R. SAVIGNAC. — « Traitement des diarrhées chroniques », 1922.
- R. SIGALAS et R. PIROT. — « Une nouvelle technique d'enrichissement des selles. » *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, N° 12, 23 mars 1924.
- H. STRAUSS. — « Nachkrankheiten der Ruhr ». *Albu's verdanungs und stoffwechselkrankheiten*, Bd. 7. Heft. 1 et 2.
- TAILLANDIER. — « Pansements locaux recto-coliques à l'arsénobenzol ». *Thèse de Paris*, 1920.
- TIMBAL. — « Les diarrhées chroniques ». *Masson*, 1922.
- TRIBONDEAU et FICHET. — « Analyse bactériologique des selles dans 217 cas de dysenterie provenant du corps expéditionnaire d'Orient ». *Académie de médecine*, 14 mars 1916.
- VAN DEN BRANDEN et DUBOIS. — « Dysenterie amibienne traitée par la salvarsan ». *Arch. für tropicalhygiène*, 1914, page 375.
- H. VANHEUVERSWYN. — « L'association spirillaire au cours des dysenteries ». *Thèse de Paris*, 1924.
- VENDEUVRE. — « Amibiase pulmonaire pure ». *Maroc-médical*, 15 août 1923.
- VINCENT et MURATET. — « Dysenterie, choléra asiatique et typhus exanthématique ». *Masson* 1917.
- WADHAM et HILL. — « Trois cas de dysenterie amibienne traités par le salvarsan ». *The journal of the american medical association*, 9 août 1913.
- P. E. WEILL. — « Traitement des diarrhées dysentériformes par le chlorhydrate d'émétine ». Réunion médicale de la IV^e Armée. *Presse médicale*, 6 janvier 1916.
- P. E. WEILL et LAMY. — « Un cas d'abcès amibiasique du poumon, guérison par l'émétine ». *Société médicale des hôpitaux*, 17 octobre 1924.
- J. G. WILLMORE. — « The treatment of refractory cases

of amoebic dysentery », *Trans. roy. Society tropical medicine and hygiene*, volume XVII, 1923.

YEOMANS-FRANK. — « Chronic ulcerative colitis ». *Section on gastro-enterology and proctology. American medical association*, juin 1921.

YOVANOVITCH. — « Propriétés thérapeutiques du stovarsol ». *Thèse de Paris*, 1924.

